

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
de la
GASTRECTOMIE pour CANCER

(d'après la statistique de M. le Docteur DELORE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BURLET

Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Né le 14 Septembre 1897, à CHALON-sur-SAONE (Saône-et-Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA GASTRECTOMIE POUR CANCER
(d'après la statistique de M. le Docteur DELORE)

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
de la
GASTRECTOMIE pour CANCER

(d'après la statistique de M. le Docteur DELORE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BURLET

Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Né le 14 Septembre 1897, à CHALON-sur-SAONE (Saône-et-Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-36

1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.),

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie	TELLIER
--------------------	---------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
TIEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BERARD, président ; CADE, assesseur

DUROUX et SANTY, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

Nous lui exprimons notre gratitude
et le prions d'accepter l'hommage de
de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE

En souvenir du semestre où nous
fûmes son Externe et en reconnais-
sance de l'honneur qu'il nous a fait
en acceptant d'être notre juge. Nous
l'assurons de notre respectueux dé-
vouement.

A NOS JUGES

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX :

Externat

M. LE DOCTEUR VIGNARD,
M. LE PROFESSEUR ROLLET,
M. LE DOCTEUR MOLIN,
M. LE PROFESSEUR NICOLAS,
M. LE PROFESSEUR PATEL,
M. LE PROFESSEUR CADE.

Internat provisoire

M. LE DOCTEUR BONNET,
M. LE DOCTEUR DELORE,
M. LE PROFESSEUR BERARD,
M. LE DOCTEUR TRILLAT, PROFESSEUR AGRÉGÉ.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA GASTRECTOMIE POUR CANCER
(d'après la statistique de M. le Docteur DELORE)

AVANT-PROPOS

Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac a fait l'objet de très nombreux travaux et cependant c'est une question qui est encore très discutée. La fréquence de cette redoutable affection lui donne un intérêt tout particulier. Le problème, envisagé au point de vue chirurgical a passé par des phases diverses ; jusqu'à l'avènement de la chirurgie abdominale, le cancer de l'estomac était considéré comme une affection purement médicale ; il n'était question que de soulager le malade dans la mesure du possible ; l'opium et ses dérivés constituaient l'essentiel d'une thérapeutique qui ne pouvait nullement viser à être curative. L'essor de la chirurgie abdominale, les progrès considérables de la technique autorisèrent des espoirs beaucoup plus vastes et les chirurgiens extirpèrent l'estomac cancéreux, comme ils pratiquaient l'ablation du sein ou de l'utérus atteint de néoplasme. Bien que le perfectionnement des procé-

dés d'exérèse ait amélioré considérablement le pronostic opératoire de l'intervention radicale, bien des médecins hésitent encore à faire opérer leurs malades et certains chirurgiens, découragés par la rareté des guérisons définitives, se bornent à une intervention palliative, pour parer aux accidents de sténose pylorique. Considérant d'une part la médiocrité des résultats éloignés, d'autre part la gravité de l'intervention, ils se contentent des résultats obtenus par la gastro-entérostomie.

La technique opératoire étant actuellement bien réglée et la mortalité immédiate considérablement abaissée, ce sont en définitive les suites éloignées de la résection qui conditionnent la conduite du médecin, en présence du cancer gastrique. Si la gastrectomie a fait l'objet de nombreux travaux, les résultats éloignés ont été beaucoup moins étudiés que les questions de technique et de résultats opératoires. Les auteurs qui publient une statistique se contentent bien souvent de donner les chiffres et les pourcentages de morts et de guérisons ; il est plus rare qu'ils aient étudié « cliniquement » l'état des malades après leur opération.

M. le Docteur Delore ayant mis à notre disposition la série complète de ses observations de gastrectomie pour cancer depuis l'année 1903, nous nous sommes efforcés d'obtenir sur ces malades les renseignements les plus précis et les plus détaillés. Nous avons ainsi vu combien étaient rares les guérisons indiscutables, mais nous ne nous sommes pas arrêtés à cette constatation et nous nous sommes demandés ce que va-

laient ces résultats temporaires seuls possibles dans la plupart des cas. Nous nous sommes ainsi rendu compte de leur supériorité sur ceux obtenus par les opérations palliatives. Nous avons recherché s'il était possible de prévoir — au moins dans une certaine mesure — l'évolution ultérieure de l'affection. Cette étude nous a convaincu de la supériorité de la gastrectomie au point de vue des résultats éloignés, puisque, d'une part, la guérison, quoique rare, est possible, et que, d'autre part, les résultats provisoires sont d'une durée et d'une qualité très supérieures à ceux de la gastro-entérostomie.

M. le Docteur Delore nous a confié les nombreux documents qui donnent à ce travail l'essentiel de son intérêt. Il nous a aidé de ses conseils et nous a toujours témoigné une grande bienveillance. Nous lui en sommes profondément reconnaissant. Notre ami, le Docteur Mallet-Guy, nous a prodigué ses conseils et a été pour nous le guide le plus précieux. Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre affectueux dévouement.

PREMIÈRE PARTIE

DOCUMENTS STATISTIQUES

CHAPITRE PREMIER

Revue des statistiques publiées.

Les résultats de Gastrectomie pour Cancer, déjà publiés sont nombreux. La plupart des auteurs ont traduit en chiffres leurs résultats et en particulier ils ont ramené leurs guérisons, survies ou morts opératoires à une proportion pour cent.

Parmi ces publications, beaucoup n'ont qu'un intérêt relatif, à cause du nombre trop faible des cas rapportés, ce qui enlève beaucoup de valeur aux résultats annoncés. Peu d'opérateurs ont réuni des séries dépassant 100 cas, bien que la résection de l'estomac soit une intervention pratiquée depuis déjà longtemps (la première fut exécutée en 1879, par Péan, et c'est en 1881 que Billroth faisait ses premières gastrectomies). Les chiffres donnés par les divers chirurgiens diffèrent considérablement. Nous passerons en revue les principaux d'entre eux.

Leriche, dans sa thèse de 1906, a réuni tous les cas des cancers gastriques réséqués qui avaient été

publiés avant cette date. Il n'avait trouvé, à cette époque, que 88 cas de guérison définitive garantie par trois ans au moins d'absence de symptômes. Citant Petersen et Colmers, qui avaient réuni diverses statistiques, Leriche admet environ 20 % de guérisons durables. En 1908, Goldschwend, publiant les résultats obtenus dans 59 cas de gastrectomie, avait trouvé 5 malades sur 44 ayant dépassé la troisième année sans récurrence, soit 19 % de guérisons définitives.

L'importante statistique de Kocher portait sur 140 résections : 23 de ses malades étaient vivants sans récurrence, dont 10 depuis plus de trois ans. 10 étaient opérés depuis plus de cinq ans. Il comptait 20 % de malades guéris depuis plus de trois ans.

En 1911, Hoffmann publiait 95 gastrectomies de Kümmel (de Hambourg), avec 13 survies depuis plus de trois ans et 5 depuis plus de quatre ans.

Waldenström, sur 123 cas, avec 74 survies opératoires, compte 63 cas de récurrence. Témoin rapporte 168 cas de résection, avec 119 guéris opératoirement, dont 47 encore vivants, 72 sont morts de récurrence. Killing, sur 72 interventions radicales, en a noté 28 % sans récurrence depuis deux ans.

Spassokoukotzky donne le chiffre de 17 % de survies après trois ans et Altschul 8 % de guéris après cinq ans.

En 1919, les frères Mayo ont publié une série de gastrectomies très supérieure à toutes les autres par le chiffre énorme de résections pratiquées : 736, et par les merveilleux résultats publiés : 115 guérisons de plus de trois ans et 59 de plus de cinq ans : soit 37 %

de guérisons de trois ans et 25 % de guérisons de plus de cinq ans.

Sur 20 cas publiés par Cheveer, 4 ont survécu moins d'un an : soit 20 % ; 6, de un an à un an et demi (30 %) ; 2, de deux ans et demi à quatre ans (10 %), et 1, sept ans (5 %).

Une importante statistique est fournie par Möller, qui cite les chiffres suivants :

Malades morts pendant la première année... 41,2 %

Malades morts pendant la deuxième année... 36,2 %

Malades ayant dépassé la deuxième année... 22,5 %

Schônbauer et Orator ont publié, en 1924, les suites de 157 résections, avec 121 guérisons opératoires et 85 malades suivis ; ils ont observé 27 % de guérisons. Ce même pourcentage a été donné par Olivier pour les malades opérés par Gouilloud. 27 % de ceux-ci dépassent la troisième année. Cette proportion est encore beaucoup plus élevée pour Schwyzer, qui a vu 44 % de ses malades vivants après trois ans.

Enfin, dans un article récent, Hartmann a admis pour les guérisons définitives : 30 %. En somme, de cette rapide revue de résultats apportés par les divers chirurgiens, il ressort que l'écart entre les meilleurs et les moins bons est élevé ; entre les 19 % de Goldschwend, les 20 % de Leriche, de Kocher, et les 37 % de Mayo, le 44 % de Schwyzer, l'écart est important. Ces différences ne se retrouvent pas dans les conclusions des chirurgiens. Ceux qui ont écrit sur cette question sont unanimes à préconiser la gastrectomie et à la préférer aux interventions palliatives ou à plus forte raison à l'abstention.

D'une manière générale, ces chiffres ne sont pas très faciles à comparer, en dehors du pourcentage de guérisons après trois ans que donnent presque tous les auteurs, chacun d'eux exprime le détail des résultats observés par des procédés différents. Parmi les chiffres publiés, il en est une forte proportion qui nous paraissent très élevés. Les plus favorables d'entre eux supposent ou des séries particulièrement heureuses ou plus probablement des malades opérés très précocement. Cette précocité de l'intervention est une des conditions essentielles du succès, tous les chirurgiens insistent sur ce point. Ils supposent aussi que l'on a écarté de l'intervention tous les malades qui ne paraissaient pas susceptibles de permettre un résultat durable. Nous verrons que M. Delore a pratiqué de nombreuses interventions dans des cas peu favorables et que souvent la gastrectomie n'a été qu'une intervention palliative. L'analyse de notre statistique nous permettra d'établir des chiffres que l'on pourra comparer avec ceux que nous venons de citer.

CHAPITRE II

Les observations de gastrectomies pour cancer de M. le Docteur Delore.

L'étude des résultats éloignés de la gastrectomie que nous entreprenons est basée sur la série des résections opérées par M. le Docteur Delore depuis 1903. Nous avons rassemblé toutes les observations de ces malades et nous nous sommes efforcés d'établir ce qu'ils étaient devenus.

Notre statistique porte ainsi sur 166 observations. Un questionnaire adressé à chaque malade nous a permis d'avoir, dans un grand nombre de cas, des renseignements précis sur l'évolution ultérieure, par le malade lui-même ou par sa famille. Lorsque nous n'avons pu être informé directement, nous nous sommes adressé aux mairies et nous avons pu ainsi, dans la plupart des cas, déterminer la date exacte de la mort des malades dans les cas de décès.

Nous donnerons, dans le présent chapitre, la série entière des observations de M. Delore ; pour celles

qui seront citées dans les chapitres suivants, nous nous contenterons de les indiquer avec renvois. Nous les avons classées en trois grands groupes : le premier comprend les observations des malades, pour lesquels il n'y a pas eu de suites éloignées à considérer ; le second, les malades morts par récurrence ; le troisième, les malades guéris.

A. — Observations ne comportant pas de résultats éloignés.

Ce sont des malades qui n'ont pu être comptés dans la statistique, et dont nous citons les observations pour donner la statistique complète de M. Delore. Dans ce groupe sont rangés, d'une part, les malades morts dans les suites immédiates de l'intervention ; d'autre part, ceux qui n'ont pu être suivis.

a) *Malades morts dans les suites immédiates.*⁽¹⁾

Nous rangeons ici les observations des malades dont le décès est survenu très peu de temps après l'intervention, le plus souvent sans que le malade ait pu quitter l'hôpital.

OBS. 1. — (PONCET et DELORE, 1905. — I).

OBS. 2. — (PONCET et DELORE, 1905. — III).

OBS. 3. — (PONCET et DELORE, 1905. — X).

OBS. 4. — (PONCET et DELORE, 1905. — XI).

OBS. 5. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XIII).

OBS. 6. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XIV).

(1) Dans ce groupe et dans les suivants nous ne citons *in extenso* que les observations inédites.

- OBS. 7. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XVI).
OBS. 8. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XVIII).
OBS. 9. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XIX).
OBS. 10. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XXIII).
OBS. 11. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XXIV).
OBS. 12. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XXXII).
OBS. 13. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XXXIII).
OBS. 14. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XXXVI).
OBS. 15. — (DELORE et SANTY, 1914. — XLVI).
OBS. 16. — (DELORE et SANTY, 1914. — XLVIII).
OBS. 17. — (DELORE et SANTY, 1914. — LI).
OBS. 18. — (DELORE et SANTY, 1914. — LVI).

OBS. 19 (inédite). — *Grosse tumeur du pylore et de l'antré*. — H..., 73 ans. Début de l'affection il y a six à sept mois, par diarrhée ; les douleurs ne sont apparues que depuis un mois. Quelques vomissements peu abondants, jamais d'hémorragie. Amaigrissement important ; pas de signes de sténose pylorique à l'examen. — *Intervention* (3 avril 1914) : Très grosse tumeur du pylore et de l'antré, qui paraît mobile. On commence la pyloréctomie par la section du duodénum ; la tumeur adhère aussi au mésocôlon. On l'isole. On sectionne très haut du côté du cardia. Gastro-entéro-anastomose pylorique au bouton. La suture du duodénum est difficile, car elle porte à l'union de la première et de la deuxième portion. Le soir même, grosse arythmie, dyspnée. Le 4 avril 1914, on fait un lavage d'estomac qui ne ramène rien. Il n'y a pas eu d'hémorragie. Le malade meurt à 11 heures. Broncho-pneumonie.

OBS. 20 (inédite). — *Enorme tumeur gastrique*. — F..., 48 ans. Début il y a un an par douleurs dyspeptiques vagues. Vomissements quotidiens depuis un mois, uniquement alimentaires. Constipation. Melæna. Appétit conservé. Amaigrissement marqué. — *Au palper abdominal* : Masse de la grosseur d'un poing perceptible sur la ligne médiane. Température de 38° à l'entrée. Œdème cachectique. — *Intervention*

(3 juillet 1914) : Laparotomie médiane. On trouve une tumeur énorme, mobile sur les plans profonds. Côlon transverse et épiploon envahis. Résection large de l'estomac et du côlon transverse. Fistule intestinale. Décès le 24 juillet 1914.

OBS 21 (inédate). — *Ulcéro-cancer adhérent*. — H..., 57 ans. Opéré le 17 mai 1916. Gros ulcéro-cancer adhérent au foie, au pancréas, libération paraissant possible. On tente l'exérèse. La tumeur s'étend surtout au niveau du duodénum, qu'il faut décoller assez loin. Il faut également décoller le mésocôlon transverse, dont le feuillet supérieur est adhérent. Pas de ganglions volumineux. Gastrectomie Billroth II. Trois plans de suture catgut. Mèche. La tumeur est dépassée largement en haut, d'un centimètre en bas. Durée : 1 heure. A la coupe, la tumeur se présente sous la forme d'une gros ulcère à bord calleux. 25 juin 1916 : Le malade, après l'opération, se met à aller bien mieux. Depuis quelques jours, il s'est produit des phénomènes pulmonaires qui ont provoqué le décès du malade le 25 juin. A l'autopsie, on trouva les poumons pleins de pus : Broncho-pneumonie.

OBS. 22. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920. — XVII).

OBS. 23 (inédate). — *Tumeur du pylore*. — H..., 48 ans. — *Opération* le 27 mai 1917. Gastrectomie pour tumeur du pylore avec sténose, nombreux ganglions dans les épiploons qui paraissent à peine dépassés. Opération correcte, avec issue d'une certaine quantité de liquide. A la coupe, la tumeur paraît être un ulcéro-cancer avec infiltration. Décédé le 7 juin 1917.

OBS. 24 (inédate). — *Ulcéro-cancer de la petite courbure*. — H..., 50 ans. Début en juin 1917, par des douleurs immédiatement après les repas. Pas d'hématémèse, pas de melæna, pas de vomissements. Amaigrissement : 18 kilos en cinq mois. Pas de péristaltisme, pas de clapotage, pas de ganglions. Estomac normal. — *Intervention* (15 mars 1918) :

Tumeur très dure de la petite courbure de l'estomac, très adhérente au pancréas et au foie, formant un véritable plastron sur la paroi postérieure ; pour se donner du jour, on est obligé de sectionner un cartilage costal gauche ; pas de ganglions appréciables, pas de généralisation. Il s'agit probablement d'un ulcéro-cancer ayant envahi la paroi postérieure et en particulier le pancréas. Malgré les difficultés opératoires certaines, on se décide à extirper la tumeur : 1° A travers l'épiploon gastro-hépatique, qui a été favorablement incisé, on libère au ciseau courbe les adhérences contractées avec le foie ; 2° Par la même brèche, on libère les adhérences postérieures que l'on attaque également par en bas, c'est-à-dire en passant au-dessous de l'estomac, pour aller dans l'arrière-cavité des épiploons. On a laissé trois pinces à demeure, dont une très profonde sur le pédicule hépatique, qu'il est impossible de lier. Après résection de la tumeur, on referme la tranche gastrique par trois plans de suture au catgut. L'estomac est réduit à une espèce de canal ayant environ le calibre de l'intestin grêle. Une mèche est placée sur la surface cruentée du pancréas, dont une partie très adhérente a été comprise dans l'exérèse, mais n'a pas été enlevée en totalité. Il resterait donc peut-être à ce niveau un fragment cancéreux. On ferme le ventre, en consolidant la paroi par trois points au fil métallique. Opération très grave, ayant duré une heure et quart. Il reste trois pinces et une grosse mèche, qui sont enlevées au bout de 48 heures. On constate une fistule gastrique. Mort le 20 mars 1918.

Obs. 25 (inédite). — *Tumeur de l'antré pylorique.* — H..., 59 ans. Entré le 17 mars 1920. Néoplasme juxtapylorique. Début il y a vingt mois environ, par constipation, puis troubles digestifs. Il y a deux mois, apparition de vomissements abondants et alimentaires. A l'examen, signes de sténose pylorique. Radioscopie montre la rétention stomacale 8 heures après le premier examen. — *Intervention* (19 mars 1920) : Tumeur de l'antré pylorique. Premier temps : Gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocôlique. Deuxième temps :

Gastrectomie. — *Suites opératoires* : Fistule duodénale. Décès le 6 mai 1919.

OBS. 26 (inédite). — *Ulcéro-cancer du pylore*. — H..., 56 ans. Entré le 5 août 1920. Souffre de l'estomac depuis trois ans; pas de vomissements. A l'examen : clapotage gastrique. — *Intervention* (10 août 1920) : Gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocôlique. Deuxième temps, le 26 août : Gastrectomie, sans incidents notables. — *Suites opératoires* : Le 4 septembre, le malade présente des vomissements bilieux. Il souffre de coliques. A l'inspection, on voit quelques anses intestinales se contracter. Clapotage dans la fosse iliaque gauche. On fait une entérostomie à la Fontan. Il s'écoule beaucoup de liquide fécaloïde. Le 10 septembre, ouverture d'une collection latérocolique droite remplie de pus fétide. Cette cavité est sous-hépatique iliaque et pelvienne. 17 septembre, décès. 19 septembre, *autopsie* : Lésion de péritonite diffuse avec foyers purulents multiples. Les sutures ont bien tenu.

OBS. 27 (inédite). — *Volumineux cancer de la petite courbure*. (Examen histologique.) — F..., 48 ans. Début il y a quelques mois, par l'apparition de douleurs et de troubles digestifs vagues, mais surtout par la constatation d'une tumeur à la fin de juillet 1920. Celle-ci a crû progressivement. Elle siège à l'hypocondre gauche, en forme de croissant à convexité inférieure. Pas de signes de sténose pylorique. — *Intervention* (8 décembre 1920) : On tombe sur un énorme néoplasme de l'estomac, ayant débuté sur la petite courbure et généralisé à tout l'antre pylorique. L'extirpation paraissant faisable, on s'y décide. L'opération se fait classiquement, en coupant d'abord l'estomac. La paroi inférieure paraît infiltrée bien au delà de l'ulcération. Gastrectomie très large. A noter grosse infiltration du ligament gastro-épiploïque par des ganglions cancéreux et une infiltration même à distance de la paroi postérieure de l'estomac, d'où difficulté d'y mettre le bouton ; on doit placer une suture

par-dessus. La suture duodénale est très facile. En somme, opération correcte, sauf en ce qui concerne la suture gastrique tout à fait en bas et la gastro-entérostomie. — *Examen de la pièce* : Volumineuse tumeur siégeant sur la petite courbure, à cheval sur elle et s'étendant sur les deux faces, occupant la muqueuse sur les dimensions de deux pièces de cinq francs. Celle-ci n'est pas ulcérée. Tout le reste de l'estomac est infiltré, cartonné, ganglions juxta-pyloriques. Le 28 décembre 1920, débridement de la plaie opératoire. Le malade présente de l'œdème des membres inférieurs, du ballonnement abdominal avec ascite. Température, 38°. Décès le 31 décembre 1920. — Examen histologique : 1° Petite courbure : épithélioma atypique ; 2° Paroi stomacale en un autre point : pas de lésions appréciables ; 3° Ganglions pyloriques : envahis par formations épithéliales.

OBS. 28 (inédite). — *Néoplasme annulaire du pylore*. (Examen histologique.) — F..., 62 ans. Pas d'antécédent gastrique. Début remontant à six mois, par douleurs tardives assez vives. Amaigrissement progressif. Pas de vomissements. A la palpation, sensation d'induration de la région sus-ombilicale. — *Intervention* (1^{er} octobre) : Tumeur médiane. Il s'agit d'un néoplasme annulaire du pylore, très mobile Extirpation possible. En raison de la cachexie, on fait gastro-entéro-anastomose au bouton. — Deuxième temps (29 octobre) : Pylorectomie. Suture des deux tranches au catgut à trois plans. Le néoplasme est largement dépassé. Décédée le 3 novembre 1921. — Examen histologique : Epithélioma atypique.

OBS. 29. — Cf. page 142.

OBS. 30 (inédite). — *Ulcéro-cancer de la petite courbure*. — H..., 57 ans. Entré le 21 novembre 1921. Souffre depuis trois ans. Douleurs intenses, surtout depuis trois mois, deux ou trois heures après le repas. Vomissements aqueux, pas d'hématémèses. A la radioscopie, sténose médiogastrique probable. — *Intervention* (24 novembre 1921) : Il s'agit d'un

ulcéro-cancer siégeant sur la petite courbure, au-dessus du pylore, et déterminant une véritable biloculation gastrique. A quelques centimètres au-dessus du pylore, l'estomac est rétracté. Très difficile à attirer, on y arrive avec grande peine, mais une gastro au-dessus de la tumeur est impossible. On se décide à la résection, malgré les difficultés, à cause des douleurs. Pendant l'opération, il s'écoule une certaine quantité de liquide gastrique. On termine par une opération de Péan (anastomose gastro-duodénale en raquette, deux plans de suture en arrière, trois en avant). Les épiploons sont infiltrés de graisse et l'opération en est rendue très difficile. — *Suites opératoires* : Signes de péritonite. Décès le 29 novembre.

Obs. 31 (inédite). — *Cancer de la petite courbure*. — H..., 67 ans. Début de l'affection remontant à un an. Quelques douleurs plus intenses irrégulières. Aucun trouble digestif, pas d'amaigrissement. Petite masse indurée à la palpation, à laquelle correspond, à la radioscopie, une ombre. — *Intervention* le 21 juillet 1922 : Tumeur de la petite courbure située très haut ; avec de très grandes difficultés, on peut faire l'exérèse, qui se poursuit non loin du cardia. On fait une gastrectomie Billroth II au bouton. Grosses difficultés pour l'abord supérieur, qui aboutit à une ouverture de l'estomac en deux points, ouverture que l'on régularise ensuite. Suture gastrique très difficile, néanmoins correcte, trois lans. La tumeur, qui a le volume d'une mandarine, se trouve constituée, à la coupe, par deux portions : 1° une ulcération ou une exulcération muqueuse légèrement radiée, probablement un vieux cancroïde ; 2° une tumeur extra-muqueuse, située dans l'épiploon gastro-hépatique et grosse comme une mandarine, probablement ganglionnaire, creusée de cavités contenant un liquide citrin ; suture de la tranche duodénale à trois plans, sans incident, très facile. Le 22 juillet 1922, le malade meurt à 11 heures du matin, ayant présenté au milieu de la nuit des signes d'hémorragie interne. — *Vérification* : On ne trouve rien qui puisse expliquer la mort ; les lignes de suture ont bien tenu ; pas d'hémorragie.

OBS. 32 (inédite). — *Cancer de l'antré pylorique étendu au pylore*. (Examen histologique.) — F..., 40 ans. Malade hystérectomisée par le Docteur Condamin en 1916 (métrorragies). Début de l'affection actuelle il y a un an, par douleurs gastriques survenant deux à trois heures après les repas ; quelques vomissements. Perte de l'appétit et des forces. Amaigrissement de 20 kilos. Signes de sténose pylorique et tumeur perceptible à droite, au-dessus de l'ombilic. Pas d'hémorragies. — *Intervention* (le 1^{er} décembre 1922) : Il s'agit d'un cancer de l'antré pylorique ayant gagné le pylore. On pratique l'exérèse suivant le procédé de Polya : trois plans de suture au catgut. A noter de nombreux ganglions gastro-épiploïques droits, surtout autour de l'artère pylorique. Lavages d'estomac répétés chaque jour. Le 8 décembre : point du côté gauche. Dyspnée, température 38°5. Pouls, 100. Décès à 11 heures. A l'autopsie : Pus dans l'abdomen. Distension énorme de l'estomac. Les sutures ont bien tenu. Rien au poumon. — Examen histologique : Epithélioma atypique.

OBS. 33 (inédite). — *Néoplasme du pylore et de la région prépylorique*. — H..., 40 ans. Vient du service du Docteur Cade, avec le diagnostic « Néoplasme du pylore ». L'affection actuelle a débuté insidieusement à la Toussaint, par de l'amaigrissement, perte de forces et anémie. Digestions longues et pénibles. Au début de mars, il doit abandonner tout travail. Le 5 mars, il se met à vomir (vomissements liquides, brunâtres), et depuis, il vomit tous les jours, une ou deux fois, le même liquide brunâtre, à n'importe quelle heure. Jamais de sang rouge. Inappétence absolue. Amaigrissement considérable, 15 kilos depuis le début de novembre. Anémie profonde. Depuis deux jours, il n'a plus vomi. Tension intermittente, mais pas d'ondes péristaltiques typiques. Gros clapotage. Radioscopie 25 mars 1925. Fond de l'estomac à trois doigts de la ligne biliaire. Aspect en cuvette. La palpation profonde de la région pylorique révèle une masse. — *Intervention* (le 26 mars 1925) : Gastrectomie postérieure transmésocôlique au bouton. Le malade étant

très cachectisé on n'a pas fait de lavage préalable aussi, il s'écoule pendant l'opération beaucoup de liquide par la bouche de gastro. Il s'agit d'un néoplasme opérable du pyllore et de la région pylorique. A réopérer dans un deuxième temps, s'il supporte la gastro. — *Suites opératoires* : Très simples, pas de température ; le malade se remonte. 15 mai 1925, deuxième temps : Gastro-pylorectomie très large, avec suture à trois plans au catgut. La suture de la tranche duodénale est difficile. — *Suites opératoires* : Après l'opération, le malade présente de la température, un pouls un peu rapide, dort mal. Les suites sont, dit-il, moins simples que la première fois. Le ventre est douloureux, tendu. Le 24 mai 1925, on perçoit sur le foie une masse douloureuse tendue ayant le contact lombaire, qui pourrait être un abcès. *Incision*. Il s'écoule du pus, la température se stabilise autour de 38°. Les jours suivants, le malade se cachectise à vue d'œil. Part chez lui le 1^{er} mai, ne mangeant presque plus rien et en se forçant. Meurt dix jours après son départ.

OBS. 34 (inérite). — *Ulcéro-cancer prépylorique*. (Examen histologique.) — H..., 54 ans. Le début de l'affection remonte à peu près à un an ou à un an et demi, par des malaises gastriques. Anorexie et perte de forces depuis six mois. Mais jamais de vomissements. Amaigrissement notable. A toujours travaillé jusqu'à son entrée à l'hôpital. Le signe dominant, à l'entrée, est la douleur. C'est une douleur un peu vive, imprécise, à siège purement épigastrique, sans irradiations. Par la palpation, on sent, mobilisée par les grandes aspirations, une masse passer sous les doigts, dure et peu douloureuse. — 5 mai 1925, *Gastro-pylorectomie Billroth II* : Il s'agit d'un ulcéro-cancer pylorique s'étendant jusque sur le duodénum. La suture en particulier est entourée de difficultés. On peut néanmoins la faire à trois plans de catgut et assez correctement. On ne trouve pas de ganglions dans les épiploons. La tumeur paraît assez bien dépassée. — Examen histologique (22 mai 1925) : Tumeur gastrique. Epithélioma cylindrique métatypique envahissant stroma qui, en certain point, présente les signes d'une inflammation chronique. — Décédé le 14 juin 1925.

Obs. 35 (inédite). — *Ulcéro-cancer du pylore*. — H..., 48 ans. Syndrome de sténose pylorique datant de seize mois. A l'examen : Estomac assez dilaté. On observe des ondes péristaltiques formidables et de la tension intermittente. Clapotage. On ne sent pas de tumeur. Teint jaune paille. Amaigrissement. — Le 10 juillet 1925, *intervention* : Il s'agit d'un ulcéro-cancer du pylore encore mobile, sans généralisation ganglionnaire. Il existe bien un peu d'ascite, de l'œdème des épiploons, mais qui paraissent de nature purement inflammatoire. A réséquer ultérieurement, dans un deuxième temps. Aujourd'hui, gastro-entéro-anastomose au bouton, très loin de la tumeur. L'estomac est très grand et très épaissi. Le 21 juillet 1926, deuxième temps : Il s'agit d'un ulcéro-cancer avec ganglions sous-pyloriques, qui s'étendent très bas et des ganglions rétro-pancréatiques nettement cancéreux. Gastrectomie avec trois plans de suture sur les deux tranches, sans incident. On laisse un petit drain. Décédé le 3 août 1925.

Obs. 36 (inédite). — *Cancer de l'antré*. (Examen histologique.) — H..., 62 ans. Signes de sténose pylorique. — *Intervention* le 8 janvier 1926 : Gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocôlique. Malade très cachectique. On trouve un estomac très grand, dilaté, mobile. Dans l'antré pylorique, on sent une tumeur mobile probablement pédiculée, qui doit provoquer la sténose. Exérèse à faire dans un second temps et devant être très facile. — 1^{er} février 1926 : Gastrectomie avec suture des deux tranches gastrique et duodénale à trois plans de catgut. La tumeur bourgeonnante mamelonnée oblitère complètement le pylore. Elle a une surface large comme la paume de la main. Tout autour, un liseré rougeâtre mamelonné. — Examen histologique : Epithélioma colloïde. — Décédé le 2 février 1926.

b) ***Malades guéris opératoirement
et qui n'ont pu être retrouvés.***

Il s'agit de malades qui sont sortis de l'hôpital ou de la clinique en bon état et sur lesquels aucun ren-

seignement n'a pu être obtenu. Nous y avons ajouté, à la fin, les observations de 3 malades qui, revus plus ou moins longtemps après l'intervention, n'ont plus donné de nouvelles et en outre l'observation d'une malade morte dans la première année d'une affection intercurrente, sans avoir présenté aucun signe de récurrence.

OBS. 37. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XXX).

OBS. 38. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XL).

OBS. 39. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XLI).

OBS. 40. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909. — XLIII).

OBS. 41. — (DELORE et SANTY, 1914. — XLIX).

OBS. 42. — (DELORE et SANTY, 1914. — LXVI).

OBS. 43. — (DELORE et SANTY, 1914. — LXVII).

OBS. 44. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920. — VII).

OBS. 45. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920. — VIII).

OBS. 46. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920. — IX).

OBS. 47. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920. — XI).

OBS 48 (inédite). — *Néoplasme du pylore.* — F..., 48 ans. Opérée le 28 février 1916. Gastro-pylorectomie ; néoplasme relativement mobile, présentant cette particularité qu'il existe un bourgeon néoplasique sur l'épiploon gastrocôlique. A la coupe, tumeur de l'antra pylorique avec sténose pylorique. Il reste deux travers de doigt de muqueuse saine. L'estomac n'est pas épaissi, pas de très gros ganglions.

OBS. 49 (inédite). — *Gros cancer du pylore et de l'antra.* — F..., 48 ans. Troubles gastriques très anciens. Radioscopie négative. — *Intervention* (23 mars 1917) : Gros cancer de l'antra et du pylore. La tumeur est mobile, opérable. Gastrectomie. Billroth II (bouton).

OBS. 50. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920. — XX).

OBS. 51. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920. — XXXI).

OBS. 52 (inédite). — *Tumeur pylorique*. (Examen histologique.) — F..., 40 ans. Antécédents gastriques à type ulcéreux. Augmentation des troubles depuis trois mois. Pas de vomissements, mais tension intermittente, clapotage, grand estomac descendant jusqu'au pubis (radioscopie) ; sensation subjective de boule épigastrique en mouvement. — *Intervention* (20 octobre 1920) : Tumeur pylorique mobile extirpable. Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique, à la suture. 5 novembre 1920, deuxième temps : Gastrectomie. Suture des deux tranches au catgut (trois plans). Ganglions assez importants gastro-épiploïques, sous et rétro-pyloriques. On trouve sur la pièce une ulcération de la paroi postérieure avec infiltration des tuniques. Départ le 23 novembre 1920. — Examen histologique : 1° Tumeur pylorique ; épithélioma glandulaire. 2° Ganglions envahis par formations épithéliales.

OBS. 53 (inédite). — *Tumeur du pylore*. — F..., 47 ans. Début il y a dix ans par des douleurs. Ni vomissement, ni hématemèse, ni trouble d'état général. Mais, depuis un an, cessation des douleurs, apparition d'éructations fétides, et depuis trois mois, vomissements alimentaires, amaigrissement. A l'examen : signes de sténose pylorique ; on sent une petite masse mobile. — *Intervention* (12 juillet 1921) : Grand estomac ptosé, très mobile, portant sur le pylore une induration néoplasique, elle-même très facile à enlever. Peu ou pas de ganglions. En raison de la sténose, gastro-entérostomie au bouton. L'exérèse sera faite au deuxième temps. La malade sort le 1^{er} août de l'hôpital, opératoirement guérie. Elle revient le 8 septembre, allant assez bien, mais recommençant à vomir depuis quelques jours. Le 10 septembre 1921, deuxième temps. La tumeur est restée très mobile ; d'autre part, l'orifice de gastro n'admet que l'extrémité du petit doigt. Il est donc rétréci, fibreux, pas de ganglions. Gastrectomie avec section première de l'estomac très loin. Deuxième manœuvre : l'intestin situé au-dessous de l'ancienne gastro est attiré vers la tranche gastrique supérieure. Suté avec elle, de bas en haut, en forme de raquette (la portion rétrécie de

l'orifice gastrique étant la partie supérieure de la tranche). Cette anastomose de la tranche gastrique avec l'intestin termino-latérale a 5 ou 6 centimètres de long et est faite à trois plans de suture continue. Suture duodénale à quatre plans (assez correcte). Sur la pièce : ulcère pré-pylorique, avec infiltration des parois. — Le 29 septembre 1921 : la malade quitte le service. L'examen histologique montre un ulcéro-cancer avec infiltration discrète de la sous-muqueuse.

OBS. 54. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909) : *Ulcéro-cancer médiogastrique*. (Examen histologique.) — F..., 56 ans. Depuis six mois, pesanteur gastrique, puis douleurs et vomissements survenant très vite, de dix minutes à un quart d'heure après le repas. Pas de perte de l'appétit. Depuis trois mois, syndrome de sténose pylorique. On sent à l'épigastre une tumeur allongée dans le sens transversal, et se perdant sous les fausses côtes à gauche. — *Intervention* (5 juin 1908) : Résection annulaire médiogastrique. Billroth II (anastomose postérieure au bouton). L'estomac est complètement immobilisé en symphyse, avec la face inférieure du foie, le pancréas et la paroi abdominale antérieure. On résèque un morceau de tissu hépatique sans grande hémorragie. Au cours des manœuvres, l'estomac est ouvert. Drainage et tamponnement sous-hépatique. — *Suites opératoires* : Guérison très simple; actuellement, douze mois après l'intervention, la malade est en excellent état de santé, avec de bonnes digestions. — *Examen de la pièce* : Ulcéro-cancer médiogastrique avec biloculation. — Histologiquement : Epithélioma glandulaire typique. On trouve des tubes glandulaires dans le tissu hépatique réséqué.

OBS. 55. — Cf. page 91.

OBS. 56 (inédite). — *Tumeur bourgeonnante du pylore*. — F..., 66 ans. Signes de sténose du pylore. — *Intervention* le 29 octobre 1923 : Il s'agit de tumeur maligne et entéro-pylorique circulaire déterminant une sténose. La tumeur étant extirpable, on l'enlève largement en rétablissant la continuité

par un Polya, avec tumeur on enlève ganglions sous-pyloriques et coronaires stomachiques. Opération très correcte. En ouvrant l'estomac, on trouve une tumeur bourgeonnante sans ulcération. — Le 16 novembre 1923 : Œdèmes des membres inférieurs. Analyse des urines : petite quantité d'albumine. — Le 23 novembre, l'œdème a disparu ; il persiste cependant dans les régions malléolaires et au niveau de la région jambière antérieure ; pas d'albuminurie. — Sortie le 27 novembre. — *En novembre 1924* : la malade ne souffre plus, ne vomit pas, digère à peu près normalement. La malade a été perdue de vue.

OBS. 57. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909) : *Cancer du pylore*. — F..., 43 ans. Vomissements continus depuis six mois. A maigri de 20 kilos. Malgré cela, reste obèse. Estomac très grand. Tumeur pylorique paraissant mobile. — *Intervention* : La tumeur est mobile, avec quelques rares ganglions. Gastrectomie typique. Billroth II (1^{er} mars 1907). — *Suites opératoires* : Congestion pulmonaire pendant les jours suivants. Survie : six mois ; mort avec myocardite, sans récurrence. — *Examen de la pièce* : Ulcère cancéreux circulaire prépylorique, ayant envahi le pylore. Il est bien dépassé de 6 centimètres en haut et 3 centimètres en bas.

B. — Les morts par récurrence.

Nous avons classé ces cas d'après la durée de leur survie. Nous admettons que tous les malades morts dans les années qui suivent, sans qu'on ait d'autres renseignements, ont succombé à leur cancer, bien qu'il y ait là quelque chose d'arbitraire. Lorsque la date de la mort n'est pas connue, la date d'apparition de la récurrence fixe la durée de survie que nous admettons. Comme pour beaucoup de malades ayant réci-

divé, nous n'avons pu avoir la date de la mort, les résultats publiés seront, quant à la durée de la survie, un peu inférieurs à la réalité.

a) *Morts au cours de la première année.*

Nous citons ici les observations des malades qui ont survécu moins de 12 mois (ou récidivé avant la fin de l'année).

OBS. 58. — Cf. page 99.

OBS. 59. — Cf. page 108.

OBS. 60. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909) : *Cancer prépylorique*. — H..., 46 ans. Depuis quatre ans, anémie progressive, une hématomèse, pas de méléna, quelques rares vomissements, a maigri de 25 kilos. Dilatation gastrique assez considérable, pas de tumeur perceptible. — *Intervention* (16 août 1905) : Gastro-pylorctomie. Billroth II (bouton). Résection du mésocôlon transverse sur l'étendue de la paume de la main. — *Suites opératoires* : Le malade part le 2 septembre, opératoirement guéri. Revu fin novembre 1905, avec un gros plastron épigastrique. Mort quinze jours après, avec des vomissements ; très probablement récidive sur la tranche stomacale. — *Examen de la pièce* : Cancer ulcéreux prépylorique, s'arrêtant nettement au duodénum ; la tumeur est largement dépassée des deux côtés.

OBS. 61. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909) : *Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — H..., 43 ans. Début il y a six mois : troubles gastriques vagues, douleurs après les repas, pesanteur au creux épigastrique, amaigrissement de 10 kilos, vomissements. Estomac dilaté, péristaltisme, clapotage à jeun, tumeur à droite de l'ombilic. — *Intervention* (8 novembre 1906) : Pyloro-Gastrectomie. Billroth II (bouton). Opération très simple. — *Suites opératoires* : Guérison sans

incident; sort le 10 décembre. Le malade a succombé à une récédive en octobre 1907. Survie : onze mois. — *Examen de la pièce* : Tumeur pylorique, occupant primitivement l'antrum. La muqueuse gastrique est semée à distance de petites pustules. — Examen histologique : Epithélioma glandulaire atypique.

OBS. 62. — Cf. page 112.

OBS. 63. — Cf. page 114.

OBS. 64. — (DELORE et SANTY, 1914) : *Cancer de la petite courbure et du pylore*. (Examen histologique.) — H..., 62 ans. Le malade vient parce qu'il souffre. Le seul symptôme qui l'inquiète est la douleur; il n'a jamais eu d'hématémèse; un seul vomissement, qu'il place sur le compte d'une indigestion. Il a découvert qu'il portait une légère tumeur au creux épigastrique. Malade amaigri. Au niveau de l'estomac, on sent, sur la ligne médiane, une tumeur grosse comme une orange, mobile, suivant les mouvements respiratoires. Clapotage net, que le malade a observé lui-même. — *Intervention* (11 janvier 1912) : Un peu d'ascite; le péritoine semble être au début d'une généralisation. La tumeur occupe la petite courbure et le pylore. A l'ouverture, on voit un ulcère ancien, sur lequel le néoplasme s'est greffé. Le tout forme un canal dur, qui admet seulement l'introduction du petit doigt. Gastrectomie par le procédé de Billroth II. (Sutures à trois plans). On laisse la chaîne ganglionnaire coronaire. Examen microscopique : Il s'agit d'un épithélioma gastrique colloïdal atypique. — 26 janvier 1912 : Le malade quitte l'hôpital guéri. Le malade a présenté une récédive après quelques mois. Il est mort sept mois après l'intervention.

OBS. 65. — Cf. page 115.

OBS. 66. — Cf. page 83.

OBS. 67. — (DELORE et SANTY, 1914) : *Grosse tumeur juxta-pylorique*. (Examen histologique.) — F..., 34 ans. Il y a

onze mois, crampes gastriques matinales, que l'ingestion d'aliments soulageait, mais qui, en novembre 1912, prirent une acuité intense et commencèrent à s'accompagner de vomissements glaireux. Une légère amélioration, provoquée par un traitement médical, a duré jusqu'au mois dernier ; mais, à cette époque, les vomissements ont repris, quelquefois hématiques, et ces derniers jours, on a constaté l'existence d'une tumeur épigastrique. A l'entrée, en état de faiblesse extrême ; la palpation permet de trouver une tumeur épigastrique médiane, très mobile. L'estomac, que la radiographie montre descendant jusqu'au pubis, est le siège d'un grand clapotage. — *Intervention* (7 mai) : Grosse tumeur juxta-pylorique, mobile, nombreux ganglions sous-pyloriques, quelques ganglions coronaires. Gastrectomie en un temps, Billroth II ; on décolle très loin le duodénum, en enlevant en même temps les ganglions sous-pyloriques ; et on le sectionne à l'origine de la deuxième portion. — *Suites opératoires* : Le soir même, accélération du pouls à 120. Malade assez choquée. Le 8 mai, au matin, pouls très rapide ; la température reste à 37°5, mais la malade est pâle ; elle vomit par petites gorgées, un liquide noirâtre, fétide ; l'épigastre est soulevé. Lavage d'estomac ; on fait passer, par petites fractions, une dizaine de litres d'eau, qui ramène des caillots et un liquide noirâtre très fétide. On cesse lorsque le liquide ressort à peu près clair. Le soir, nouveau lavage d'estomac, qui ramène peu de résidus hématiques. Le 9 mai, la malade, très faible, ne vomit plus ; son pouls est meilleur, mais sa température monte à 39°. On continue, matin et soir, les lavages d'estomac. 10 mai : Lavage d'estomac qui sera le dernier. L'état général est franchement meilleur. On commence à alimenter la malade, dont la température retombe à la normale. La malade sort le 3 juin 1913, s'alimentant très facilement et reprenant peu à peu ses forces. — *Examen de la pièce opératoire* : Large ulcération néoplasique juxta-pylorique, très peu dépassée du côté du duodénum et de l'estomac. — *Histologiquement* (Santy) : Carcinome très atypique, infiltrant profondément les tuniques gastriques au voisinage de la tumeur. — La malade est décédée le 11 novembre 1913.

OBS. 68. — (DELORE et SANTY, 1914) : *Cancer de l'antrum pylorique*. — F..., 50 ans. Entrée dans le service du Docteur Delore, à l'hôpital de la Croix-Rousse, pour des douleurs épigastriques et des vomissements, le 19 juillet 1913. Depuis vingt mois, la malade se plaint de douleurs épigastriques, survenant deux à trois heures après le repas et aboutissant au rejet des aliments, sans que jamais les vomissements ni les selles n'aient contenu de sang. Gros amaigrissement. Localement, péristaltisme très intense ; l'estomac se dessine nettement sous la paroi ; on distingue la grande courbure à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On perçoit en outre, à droite de la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic, une tumeur qui paraît mobile. — *Première intervention* (21 juillet 1913, Docteur Delore) : Cancer de l'antrum pylorique, estomac très dilaté. La tumeur adhère au mésocolon transverse, qu'il faudrait réséquer pour faire une opération complète ; elle adhère également, un peu en avant, au péritoine pariétal ; gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton de Jaboulay. — *Deuxième intervention* (1^{er} août 1913) : Libération des adhérences antérieures, puis hémostase des vaisseaux gastriques, au niveau de la future section ; on coupe l'estomac, puis on se débarrasse de la tumeur avant de suturer ; pour cela, on est obligé de réséquer le colon transverse sur une certaine étendue ; la colique moyenne est liée ; on enlève enfin un fragment de la tête du pancréas ; cette exérèse est suivie d'une abondante hémorragie, qui s'arrête vite. On laisse une petite mèche sur la tête du pancréas. Suture des tranches. Bien qu'une petite longueur du colon transverse soit un peu violacée, on ne résèque pas. — *Suites opératoires immédiates* : Bonnes. La malade s'alimente rapidement et part guérie le 21 août 1913. — Décédée le 20 avril 1914.

OBS. 69. — Cf. page 98.

OBS. 70 (inédite). — *Ulcéro-cancer prépylorique*. — H..., 41 ans. Signes de dilatation stomacale ancienne, probablement produite par un ulcère. — *Intervention* (14 janvier

1916) : On trouve un gros ulcère prépylorique relativement mobile, avec des ganglions. Il peut s'agir à la rigueur d'un cancer. Dans ces conditions, on se décide à l'exérèse en un temps. Gastro-entérostomie. Exérèse large. Il y a des ganglions rétro-pyloriques. Epaissement de l'antré pylorique également. *Guérison opératoire.* — 12 décembre 1916 : Le malade revient avec des signes de propagation péritonéale et hépatique.

Obs. 71 (inédate). — *Cancer de la petite courbure.* — F..., 50 ans. — *Intervention* (19 octobre 1916) : Cancer de la petite courbure, avec des ulcérations longues de 7 à 8 centimètres, très mobile, Billroth II (bouton). Il reste malheureusement de nombreux ganglions prévertébraux et une infiltration du grand épiploon. Il existe une véritable sténose de tout le canal pylorique. Opération correcte. — Décès le 29 mai 1917. (Aucun autre renseignement.)

Obs. 72 (inédate). — *Cancer de l'estomac adhérent au côlon.* — F..., 56 ans. La malade vient avec une énorme tumeur mobile de l'estomac. Vomissements aqueux. — *Intervention* (5 juillet 1917) : Cancer mobile, adhérent au côlon et au mésocôlon ; les adhérences ayant été libérées, on se décide à faire la résection de l'estomac, ainsi que d'un paquet ganglionnaire rétro-pylorique. Billroth II (bouton), péritonisation aussi haute que possible. La malade était revenue à son état normal ; six mois après, récurrence hépatique. Décès le 24 février 1918.

Obs. 73 (inédate). — *Cancer médio-gastrique* (estomac biloculaire). — F..., 48 ans. Souffre depuis vingt ans. Vomissements bilieux depuis six mois. Masse diffuse à la palpation. Radioscopie : estomac biloculaire (2 poches très petites). — *Intervention* (7 octobre 1918) : Estomac biloculaire ; entre les deux poches, néoplasme mobile. La difficulté est la réunion du bout supérieur au bout inférieur. Gastrectomie subtotale.

On réunit la tranche du duodénum à la tranche gastrique. Décédée fin décembre 1918. (Aucun autre renseignement.)

OBS. 74. — Cf. page 98.

OBS. 75. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920) : *Ulcéro-cancer du pylore*. — F..., 62 ans. Entrée salle Sainte-Clotilde, le 29 novembre 1918. Souffre depuis trois ans. Présenté actuellement des signes caractéristiques de sténose pylorique. Pylore très mobile, passant à gauche après lavage et évacuation gastrique. Grande cachexie. — *Opération en deux temps* : 1° Le 30 novembre 1918. Sténose du pylore par ulcéro-cancer très probable. Gastro-entérostomie postérieure au bouton. 2° Le 7 janvier 1919. Gastro-pyloréctomie avec suture des deux tranches. Tumeur largement dépassée. Sort guérie le 16 mars 1919. — Décès le 3 juillet 1919. (Aucun autre renseignement.)

OBS. 76. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920) : *Cancer de la petite courbure avec envahissement circulaire du pylore et extension vers le cardia*. — F..., 60 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, le 10 juin 1919. Souffre depuis trois mois ; actuellement signes de sténose du pylore, avec grande dilatation gastrique, clapotage. Tumeur mobile, perceptible au niveau de la petite courbure. — *Opération en deux temps* : 1° Le 11 juin 1919 : tumeur de tout l'antre, de forme cylindrique, englobant le pylore et se poursuivant haut du côté du cardia. Enlevable, malgré son volume. Gastro-entérostomie postérieure au bouton. Après la gastro, hémorragie considérable, dont on vient à bout par des lavages. La malade se remonte. 2° Le 5 juillet 1919 : Pyloro-gastrectomie, Billroth II. — Examen histologique : Néoplasme colloïde. Suites mouvementées : faiblesse cardiaque. — Le 25 juillet : la malade est longue à se remettre ; elle était évidemment à l'extrême limite de la résistance. — Le 22 août 1917 : la malade passe en médecine ; bon état général. — Décédée en 1920. (Aucun autre renseignement.)

OBS. 77 (inédite). — *Tumeur de l'antré pylorique.* (Examen histologique.) — F... 65 ans. Début de l'affection il y a 5 mois, par des pesanteurs gastriques. Amaigrissement considérable. Appétit conservé. Constipation. On perçoit une volumineuse tumeur sous l'hypocondre gauche. — *Intervention* (22 septembre 1919) : Il s'agit d'une tumeur de l'estomac, envahissant l'antré pylorique. Gastrectomie. Billroth II au bouton de Jaboulay. L'opération est correcte et dépasse largement le mal, surtout du côté de l'estomac. Suture des tranches à 3 plans. Nombreux ganglions petits, paraissant inflammatoires, en particulier le long des artères gastro-épiploïques et sous-pyloriques. A noter également une adhérence du côlon à l'estomac, à l'angle droit. — *Examen histologique* : Epithélioma atypique, envahissement ganglionnaire. Un fragment pris à l'extrémité de la pièce ne présente aucun élément suspect. Donc la tumeur était largement dépassée. Décédée le 7 août 1920. (Aucun autre renseignement.)

OBS. 78 (inédite). — *Cancer de la grande et de la petite courbure.* — F..., 53 ans. Entrée le 17 novembre 1919. Antécédents gastriques lointains. Il y a 12 ans : troubles de la digestion sans douleur, mais ayant cédé à un traitement médical. Il y a un an, début de l'affection actuelle par des douleurs 4 à 5 heures après les repas. Pas de vomissements habituels, quelques regurgitations. Pas d'hémorragie. Amaigrissement, 7 à 8 kilogs après 6 mois. — *A la palpation* : Petite tumeur mobile entre l'ombilic et le rebord costal gauche. Ondes péristaltiques nettes. — *Intervention* (29 novembre 1919) : Gastrectomie en un temps. Billroth II avec bouton. La tumeur s'étend surtout en bas du côté de l'angle droit du côlon auquel elle a tendance à adhérer. La libération du côlon et des ganglions provoque une perforation du mésocôlon vers l'angle droit. On profite de cet orifice pour faire la gastro. Durée, 1 heure. — *Pièce* : En coupant, suivant la petite courbure, on constate que l'ulcération est surtout située au-dessus de la grande courbure. Néanmoins, elle s'étend aussi sur la petite. Nombreux ganglions rétro ou sous-pyloriques. Pas de ganglions coronaires appréciables. La malade quitte

le service le 11 décembre. Le bouton n'est pas rendu, le la malade ne vomit plus et s'alimente bien. Le bouton est évacué le vingtième jour avant de partir, — 4 mars. La malade recommence à souffrir de l'estomac, elle présente depuis 8 jours de l'anorexie, des vomissements fréquents et des douleurs dans la région pylorique.

OBS. 79 (inéдите). — *Ulcéro-cancer sus-pylorique*. — F..., 47 ans. Premier temps, 17 mai 1920. *Intervention* : Laparotomie sus-ombilicale. Gros ulcère calleux sous-pylorique sur la petite courbure, mais envahissant le pylore. Estomac dilaté, un peu épaissi. L'ulcère est enlevable, mais en raison de la sténose du pylore, on fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton aussi haut que possible. — *Deuxième temps*. *Intervention* (4 juin 1920) : Gastrectomie. Il s'agit d'un cancer avec ganglions sous-pyloriques diffluents s'écrasant sous le doigt et manifestement cancéreux. La tumeur est formée d'un petit ulcère sus-pylorique avec infiltration de la paroi tout autour. — *Intervention* : facile. La malade revient le 9 avril 1921 pour une tumeur abdominale, la laparotomie exploratrice montre une énorme masse rétro-péritonéale probablement ganglionnaire.

OBS. 80. — Cf. page 82.

OBS. 81 (inéдите). — *Néoplasme du pylore*. — F..., 62 ans. Début il y a un an par de la pesanteur gastrique. Digestions pénibles. Douleurs sourdes, tardives. Pas de vomissements. Melæna. Perception dans la région ombilicale d'une masse du volume d'une mandarine. — *Intervention* : 7 septembre 1921. Néoplasme du pylore non sténosant. Gastrectomie de haut en bas. Suture des deux tranches : 3 plans au catgut. Gastro-entérostomie au bouton. Ganglions sous et rétro-pyloriques dont on fait l'ablation. Décédée 2 mois après l'intervention.

OBS. 82. — Cf. page 112.

OBS. 83. — Cf. page 83.

OBS. 84 (inéдите). — *Néoplasme du pylore et de l'antrum pylorique*. — F..., 51 ans. Vient pour des douleurs épigastriques.

Le début de l'affection remonte à un an environ par des douleurs gastriques vagues. Des vomissements survenaient par intermittence aqueux, bilieux, contenant quelques aliments; il y a 5 mois les vomissements furent fréquents, précédés d'une sensation de boule épigastrique en mouvement. La malade dit avoir trouvé à plusieurs reprises des aliments ingérés quelques jours auparavant. Actuellement le malade se plaint surtout de douleurs sourdes et continues avec quelques paroxysmes. Il y a peu de vomissements. A l'examen radioscopique, l'estomac n'est pas dilaté, de forme normale, légèrement déplacé vers la droite. Contractions lentes. Stase gastrique, retard à l'évacuation marqué. La palpation abdominale fait sentir à droite de la ligne médiane une masse arrondie que l'on délimite assez nettement, qui se prolonge en bas et à gauche vers l'ombilic. — *Intervention* (5 novembre 1924) : Incision sous-costale droite, car on pense à une lésion de la vésicule, en réalité il s'agit d'un cancer cylindrique du pylore et de l'antra pylorique. La tumeur est mobile, on se décide à en faire l'exérèse. Gastro-pyloréctomie, Billroth II, Gastro-entéro-anastomose au bouton. A noter quelques ganglions le long de la grande courbure et rétro-pyloriques, formant une chaîne qui descend très bas, mais dont l'abord est facile en raison de l'incision. Suture des tranches à 3 plans au catgut. Opération correcte. La tumeur est largement dépassée. Elle a un aspect colloïde, pas d'ulcération vraie. Sortie le 21 novembre en parfait état. — *Suites opératoires* : Abscès de la paroi. Revient le 20 septembre 1925, avec des signes de sténose de la bouche de Gastro. La radioscopie montre un estomac agrandi avec un grand retard de l'évacuation qui est minime. Pas d'image lacunaire. Repart le 25 septembre. Refuse l'intervention.

Décédée le 2 novembre 1925. Douleurs très violentes et vomissements incoercibles pendant ces derniers temps.

OBS. 85. — Cf. page 80.

OBS. 86 (inédite). — *Cancer prépylorique*. (Examen histologique.) — H..., 63 ans. Entré pour douleurs d'estomac depuis 1 an et demi. Passé gastrique remontant à 18 mois. Il s'agit de douleurs modérées, de pesanteur après les repas

durant plusieurs heures. Anorexie élective pour les viandes et les matières grasses; de temps à autre, mais très irrégulièrement, il vomit, jamais de débris alimentaires glaireux, bilieux survenant à jeûn le matin. Amaigrissement de 8 kilos depuis un an. Abdomen souple, pas de masse anormale, mais clapotage énorme. Pas de péristaltisme. — *Radioscopie* : Grand estomac se vidant normalement. — *Intervention* (26 décembre 1924) : Il s'agit d'un ulcère ou ulcéro-cancer. Adhérent en arrière, mais encore extirpable. Etant donné l'âge du malade, on ne fait aujourd'hui qu'une gastro-entéro-anastomose au bouton. Exérèse dans 15 jours. Estomac très gros, très épaissi. — 12 mars 1925 : Exérèse. Pylorectomie sans incident. L'ulcère est situé sur le pylore et en arrière. Même ulcère perforé et bouché par les les tissus voisins. Hémorragie presque nulle. La suture du duodénum à 3 plans est aussi bonne que possible. On laisse un petit drain. Durée de l'opération, 3/4 d'heure. — *Suites opératoires*: très simples. Sort le 1^{er} avril. 6 juillet 1925 : Examen histologique : Néoplasme typique ulcéré de la région pylorique avec infiltration lointaine des muscles par les boyaux épithéliaux. 22 février 1926: revient dans le service. Après l'opération le malade était guéri, la digestion était bonne, les douleurs avaient disparu, mais fin janvier 1926 sont apparues des douleurs pseudo-névralgiques considérées tour à tour comme rhumatismales ou sciatiques; elles siègent à la face postérieure des cuisses et à la région lombaire. Constipation opiniâtre. Depuis 8 jours, 2 vomissements sont apparus. Estomac très dilaté. Clapotage. *Intervention* : 23 février 1926. Laparotomie oblique sous-costale gauche. Toute la tranche gastrique est envahie par le cancer, ainsi que la bouche anastomotique dans sa traversée mésocôlique. Nombreux ganglions sur la grande courbure; on peut attirer, non sans peine, la face antérieure du grand cul-de-sac de l'estomac à plusieurs centimètres de distance du cancer. Cet estomac est un peu épaissi et dilaté. La recherche de l'intestin n'est pas très aisée et pour aboutir à l'ancien orifice de gastro, on doit dénuder au moins un mètre de l'intestin grêle aplati comme un intestin de poulet. Gastroentérostomie précôlique antérieure à la suture à 3 plans de catgut.

Obs. 87 (inédite). — *Tumeur de l'antré et de la petite courbure*. (Examen histologique.) — F..., 36 ans. Entrée parce qu'elle vomit depuis un mois et demi. Les troubles gastriques remontent à un mois et demi. Sans douleur la malade qui a un peu de pesanteur et de ballonnement après les repas, se met à vomir, surtout après le repas de midi (1/2 heure après). Vomissements aqueux surtout, non acides, n'ont jamais renfermé de sang, pas non plus de vomissements de stase. Amaigrissement de 3 kilogs. Etat général médiocre. Pas de péristaltisme et pas de clapotage. Mais présence d'une énorme masse de la région épigastrique de forme ovoïde, grosse comme un très gros œuf, lisse, dure et très mobile. On la limite aisément; transversale et à gauche; elle arrive jusqu'à la ligne médiane qu'elle déborde. Avant l'intervention : sérum (la malade étant déshydratée). — *Intervention* (4 mai 1925) : La tumeur comprend tout l'antré pylorique et remonte sur la petite courbure, à quelques centimètres du cardia. On se décide à l'enlever, bien qu'il y ait une infiltration du petit épiploon, parce qu'il semble qu'on pourra enlever les ganglions jusqu'au cardia. Gastropyloréctomie de haut en bas avec rétablissement de la continuité par gastro-entéro-anastomose au bouton. La Gastro est difficile en raison de la diminution de calibre de l'estomac. Noter : pas de ganglions sous-pyloriques. Peu de ganglions coronaires stomachiques. Quelques ganglions gastro-épiploïques. Adhérence du mésocôlon transverse à la face postérieure de l'estomac. Drain sous le foie. En somme, lésion surtout locale. Macroscopiquement masse énorme, cancer est entouré d'une muqueuse rougeâtre comme dans un ulcère. En haut, la lésion est peut-être dépassée. — *Examen histologique* : Cancer colloïde très atypique, ganglions envahis. — *Suites opératoires* : Au troisième jour, s'établit une fistule gastrique, donnant abondamment. Malgré cela, bon état général. Se plaint seulement de soif vive. 6 juin 1925 : La malade quitte le service. Décédée le 12 novembre 1925, après amélioration complète et très courte. (Réapparition des vomissements 2 mois après l'intervention.)

b) Morts au cours de la deuxième année.

Les malades morts ou ayant récidivé entre le douzième et le vingt-quatrième mois après l'opération sont rangés dans ce groupe.

OBS. 88 (PONCET et DELORE, 1905) : *Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — F..., 64 ans. Troubles gastriques depuis quinze mois, vomissements depuis six mois, amaigrissement considérable, teint jaune paille; tumeur du volume d'une pomme, située à gauche et au-dessus de l'ombilic, très mobile. — *Intervention* (10 novembre 1903) : Pylorotomie. Billroth II (bouton). — *Suites opératoires* : Sort le 10 décembre 1903, après des suites immédiates très simples, allait bien en janvier 1905. Mort en mai 1905 de cause inconnue. Survie de dix-huit mois. — *Examen de la pièce* : Tumeur sous-muqueuse du pylore sans ulcération vraie. Diagnostic histologique (Dor) : Leiomyome malin.

OBS. 89. — Cf. page 102.

OBS. 90. — Cf. page 102.

OBS. 91 (DELORE et ALAMARTINE, 1909) : *Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — H..., 51 ans. Troubles gastriques remontant à six mois environ, vomissements quotidiens et alimentaires. Amaigrissement, teint jaune paille. On ne sent aucune tumeur. — *Intervention* (18 octobre 1906) : Pylorogastrectomie (Kocher) : suture. Il n'existe en fait de généralisation qu'un gros ganglion rétro-pylorique qui est enlevé avec l'estomac. La tumeur est dépassée de 6 à 7 centimètres du côté de l'estomac, et de 4 centimètres du côté du duodénum. — *Suites opératoires* : Guérison opératoire sans incidents. Le malade quitte le service le 10 novembre 1906. Commence à vomir de nouveau, après avoir joui d'une parfaite santé, le 15 janvier 1908. Il est revu avec une récidive gastrique et des vomissements abondants, le 25 février 1908. On fait une gastro-entérostomie. L'opéré, profondément intoxiqué, meurt le 4 mars 1908. — *Examen de la pièce* : Il s'agit d'un cancer pylorique primitif. La pièce montre un ulcère

cancéreux circulaire avec épaissement des tuniques du pylore. Histologiquement : épithélioma glandulaire atypique. Le ganglion rétro-pylorique contient des noyaux cancéreux.

OBS. 92. — Cf. page 82.

OBS. 93 (DELORE et ALAMARTINE, 1909) : *Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — F..., 48 ans. Vomissements continus depuis six mois qui ont mis cette femme dans un état squelettique. Estomac dilaté, avec ondulations épigastriques. Tumeur pylorique paraissant mobile et pouvant être enlevée. — *Intervention* : 1^o 14 août 1907, gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique d'urgence au bouton. Tumeur pylorique avec ganglions rétro-pyloriques. Duodénum mobile ; 2^o 26 août 1907 : Gastrectomie : Billroth II. Adhérences pancréatiques exigeant une résection légère de cette glande. — *Suites opératoires* : Guérison rapide. Engraisse de 12 kilogs en un mois; puis récidive probable en juin 1908. Meurt en septembre. — *Examen de la pièce* : Tumeur infiltrée des parois de l'estomac, sans ulcération vraie. Histologiquement, carcinome.

OBS. 94. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909) : *Ulcéro-cancer prépylorique étendu au pylore*. (Examen histologique.) — F..., 56 ans. A maigri, perdu ses forces et ne mange plus depuis six mois. Ne vomit pas. Cependant, signes de dilatation gastrique, clapotage. Tumeur du pylore paraissant très mobile. — *Intervention* : Pyloro- gastrectomie large : Billroth II (24 août 1908). — *Suites opératoires* : Excellentes. La guérison se maintient encore aujourd'hui. — *Examen de la pièce* : Ulcéro-cancer prépylorique ayant gagné le pylore, des dimensions d'une pièce de 5 fr., dépassé de 4 cm. du côté du duodénum et de 8 cm. du côté de l'estomac. Pas de ganglions. Histologiquement, épithélioma glandulaire atypique. Récidive en février 1910.

OBS. 95. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909) : *Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — H..., 64 ans. Adressé par M,

le Docteur Bouveret pour un cancer du pylore. Il maigrit, en effet, depuis un an ne peut plus manger, mais ne vomit jamais. On ne trouve pas trace de tumeur, mais l'estomac est fortement dilaté, clapote, et l'on constate manifestement des ondes péristaltiques par le tapotement de l'épigastre. La radioscopie (Chanoz) montre un estomac distendu. — Diagnostic clinique : cancer du pylore avec tumeur cachée sous le foie. — *Intervention* (4 juin 1909) : La laparotomie (Delore) montre, en effet, un cancer du pylore admettant à peine le petit doigt. La tumeur, cachée sous le foie, est très mobile, et l'on ne trouve que deux ou trois petits ganglions coronaires. Malgré la cachexie du sujet, on se décide à faire une pyloréctomie large. Billroth II (bouton). Durée 60 minutes. — *Examen de la pièce* : La tumeur, sorte d'induration des tuniques, sans ulcération vraie, occupe le pylore et les quelques centimètres de voisinage. Elle est dépassée de 2 à 3 centimètres du côté du duodénum : vers l'estomac, la tranche de section la dépasse de 3 à 4 centimètres, le long de la petite courbure, et de 8 à 10 centimètres le long de la grande. Examen histologique : carcinome alvéolaire, 5 juin, douleur épigastrique, nausées, pouls 110, température 37°8. Un lavage de l'estomac ramène un litre de liquide noirâtre. Soulagement immédiat. 6 juin, on fait un second lavage. 20 juin, guérison opératoire. Mort le 4 août 1910, probablement d'une généralisation hépatique avec ictère.

OBS. 96. — Cf. page 106.

OBS. 97. — (DELORE et SANTY, 1914) : *Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — F..., 60 ans. Souffre de troubles digestifs depuis deux ans; a maigri beaucoup dans ces derniers mois et vomit constamment. Tension de l'épigastre. Clapotage. Petite tumeur mobile à droite de l'épigastre; sténose du pylore. — *Intervention* (8 septembre 1910) : Gastro-pyloréctomie large. Billroth II avec gastro-entérostomie postérieure au bouton et suture à trois plans de catgut des tranches gastrique et duodénale. — *Suites opératoires* : Le bouton sortit le 10 octobre. Guérison en cinq semaines après une

poussée de congestion pulmonaire. En août 1911, on sent un noyau cancéreux à l'épigastre avec des ondes péristaltiques. Une nouvelle intervention démontre l'existence d'une péritonite cancéreuse. Mort en septembre 1911. — *Examen de la pièce* : Cancer en virole du pylore avec un ganglion sous-pylorique. L'ulcère annulaire est dépassé de 8 centimètres du côté de l'estomac et de 2 centimètres du côté du duodénum. Histologiquement : épithélioma glandulaire colloïde.

OBS. 98. — Cf. page 99.

OBS. 99. — (DELORE et SANTY, 1914) : *Cancer de la petite courbure étendu à la grande courbure et au pylore.* (Examen histologique.) — H..., 69 ans. C'est un homme qui souffre depuis deux mois; ces douleurs sont accompagnées de pesanteur après le repas et de nombreux renvois. La douleur est capricieuse et ne se montre pas à heures fixes; parfois elle apparaît une heure après le repas; parfois elle ne quitte pas le patient pendant une demi-journée. Son siège, par contre, se limite à la région épigastrique. Pas de vomissements; constipation intense, avec matières très dures et très noires. La tumeur a été constatée il y a un mois et demi. A l'examen, état général assez touché; amaigrissement et teinte jaune des téguments. La tumeur est de la grosseur du poing, irrégulière et indolore. Sa mobilité est considérable. Cette tumeur est située dans la région ombilicale. — *Intervention* (18 janvier 1912) : Le néoplasme est étendu, il occupe la petite courbure, une partie de la grande courbure, et une partie du pylore, ne laissant à cet orifice qu'une étroite bande de muqueuse saine du côté duodénal, sur la face antérieure. Gastrectomie au bouton par le procédé de Billroth II. Trois plans de suture au catgut fin. La tumeur n'a pas été dépassée du côté cardia de la petite courbure. On a décollé le mésocôlon transverse aussi antérieurement qu'il se peut; malgré une large brèche, sa circulation paraît suffisante. — *Examen microscopique* : épithélioma gastrique colloïdal métatypique. — *Suites opératoires* : très simples. Guérison. Décédé en janvier 1915.

OBS. 100. — (DELORE et SANTY, 1914) : *Tumeur de l'antrum pylorique*. (Examen histologique.) — H..., 59 ans. Les douleurs ont commencé il y a cinq ans et se sont progressivement augmentées jusqu'à ce jour, elles sont au maximum six heures après le repas. Pas de vomissements. Perte de l'appétit et gros amaigrissement (10 kilogs en deux mois). Depuis deux mois, la perte des forces a obligé le malade à abandonner tout travail. Au palper, tumeur de la région pylorique; léger clapotage; pas de ganglions. — *Intervention* (29 février 1912) : Gastrectomie par le procédé de Billroth II. Bouton de Jaboulay, pour gastro postérieure. Pas de ganglions ni d'ascite. Petite tumeur étalée, occupant tout l'antrum pylorique. Le 4 mars 1912 : le malade va bien; l'alimentation est bien tolérée. — *Examen microscopique*: La muqueuse est infiltrée de cellules néoplasiques épithéliales; quelques formations tubulées sont ébauchées. Le muscle est infiltré de petites cellules épithéliales, irrégulièrement disposées. — Décembre 1912 : Le malade a eu des suites opératoires très simples et reste guéri en décembre 1912. Décédé en août 1913.

OBS. 101. — Cf. page 94.

OBS. 102. — (DELORE et SANTY, 1914) : *Ulcéro-cancer de la petite courbure*. (Examen histologique.) — H..., 43 ans, entré dans le service de M. le Docteur Delore pour des crises douloureuses épigastriques. Il y a 17 mois que, chaque jour, une à deux heures après le repas, le malade ressent dans la région épigastrique des douleurs vives à irradiations dorso-lombaires, se terminant par le rejet de quelques glaires troubles, à saveur acide, et non alimentaires. Il ne s'est jamais produit d'hématémèse ni de méléna. Depuis quinze jours, ces phénomènes se sont tellement accrus que le malade n'ose prendre ni liquides ni solides, de peur de réveiller ses douleurs; il en résulte un amaigrissement considérable. On constate, à l'entrée, en plus de l'amaigrissement, un teint jaunâtre, presque décoloré, rappelant celui des anémies graves, le ventre est déprimé, l'épigastre creusé, on ne trouve ni clapotage,

ni péristaltisme, et la palpation ne décèle pas de tumeur. A la radioscopie, la limite inférieure de l'estomac est très abaissée, sans déformations. — *Opération* (7 octobre 1913) : On tombe sur une tumeur de la petite courbure, très libre, très mobile, du volume d'une grosse noix. Gastrectomie très large. Billroth II, anastomose postérieure au bouton de Jaboulay. — *Suites opératoires* : très bonnes, les quatre premiers jours, puis la température s'élève assez rapidement à 39°, 39°5, cependant que l'abdomen se météorise légèrement, et que le malade présente l'aspect clinique d'une anémie aiguë. Pensant à des phénomènes thermiques en rapport avec des putréfactions intestinales de sang digéré on lavemente, à plusieurs reprises, le malade, et on le purge légèrement. Après l'émission, pendant deux jours de selles méléniques très fétides, la fièvre tombe et l'état général s'améliore rapidement. Le malade se lève le treizième jour et part en très bon état le vingtième (26 octobre 1913). — *Examen de la pièce* : Il s'agit d'une ulcération cancéreuse de la petite courbure dont le cratère est du diamètre d'une pièce de 2 fr. Cette tumeur est dépassée de 4 centimètres sur le duodénum, de 6 centimètres au moins du côté du cardia. — *Examen histologique* (Santy) : On trouve dans le chorion de la muqueuse gastrique, à 1 centimètre 1/2 environ de l'ulcération, des tubes adénomateux très typiques, en quantité considérable et nettement distincts des glandes de la muqueuse. Au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'ulcération, ces tubes franchissent la musculaire muqueuse, passent dans la sous-muqueuse, puis dans la musculeuse, mais ils sont devenus de caractère plus malin, les assises cellulaires qui les constituent sont maintenant multiples et, par endroit, des cellules s'en détachent et plongent dans le stroma, pour constituer au niveau même des bords de l'ulcère une infiltration nettement carcinomateuse. Décédé le 10 mai 1915. (Aucun autre renseignement.)

OBS. 103 (inédite). — *Enorme tumeur de l'estomac*. — F..., 61 ans. — *Intervention* (18 mai 1916) : Gastrectomie subtotale. On est obligé de décoller le mésocôlon adhérent à la face

postérieure de l'estomac. Le décollement se fait dans de bonnes conditions. La tumeur est largement dépassée, Billroth II (bouton). Décédée en juillet 1917.

OBS. 104 (inédite). — *Ulcéro-cancer de la petite courbure.* — F..., 54 ans. — Intervention (17 août 1916) : Gastrectomie par le procédé Billroth II. Suture de la tranche gastrique à 3 plans, suture du duodénum à 4 plans. Gastro-entéro-anastomose au bouton. La tumeur est largement dépassée en haut et en bas. A la coupe, on trouve un ulcère de la grosseur d'une pièce de 50 centimes, siégeant sur la base de la petite courbure, à 0,06 du pylore. Des bords de cet ulcère partent des mamelonnements nombreux de la muqueuse. Au niveau du pylore, rétrécissement permettant à peine au petit doigt de passer; on trouve à ce niveau, du côté gastrique, un polype et tout autour une zone enflammée. On n'ose se prononcer sur la nature ulcéreuse ou cancéreuse de cette lésion. Assez nombreux ganglions dans les épiploons gastro-côliques, gastro-hépatiques et coronaires. — *Suites* : La malade a été complètement guérie et a pu reprendre ses occupations de ménagère jusque pendant l'hiver 1917 (soit guérison de 14 mois). Est décédée le 8 avril 1918.

OBS. 105. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920) : *Grosse tumeur de la petite courbure avec envahissement du pylore.* — F..., 49 ans. Signes cliniques : nombreux vomissements, ondes péristaltiques. Sténose serrée. — *Opération en deux temps* : 1° le 25 octobre 1926. Gros néoplasme de la petite courbure relativement mobile et que l'on peut enlever dans un deuxième temps. Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique au bouton; 2° le 20 novembre 1916, Pyloro-gastrectomie. La tumeur, située sur la petite courbure, avait envahi le pylore et provoquait une sténose très serrée. Elle est largement dépassée du côté du duodénum, à peine du côté du cardia. Sort guérie le 5 janvier 1917. *Suites* : La malade a eu une guérison temporaire complète avec reprise du travail d'environ 15 mois. Décédée le 15 juillet 1918 (grandes souffrances, récurrence très probable),

OBS. 106. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920) : *Cancer du pylore*. — H..., 37 ans. Début il y a quatre mois. Actuellement vomissements, clapotage, ondes péristaltiques, sténose pylorique. Tumeur pylorique un peu mobile. Amaigrissement de 10 kilogs. — *Opération en deux temps* : 1° le 9 août 1917 : Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique à la suture avec trois plans de catgut, à 12 cm. au-dessus de la tumeur. La tumeur occupe le pylore et adhère en arrière aux plans postérieurs, elle s'étend vers le duodénum. 2° Le 30 août 1917 : Gastro-pylorectomie large, dépassant la tumeur d'au moins 3 cm. sur la petite courbure. Sur la pièce, tumeur non ulcérée, mais infiltrante plutôt et située sur la face postérieure du pylore. En un bloc, avec le pylore, ont été enlevés de nombreux ganglions rétropyloriques cancéreux. Un an après l'opération, l'opéré était resté bien guéri. — *Suites* : Très bon résultat pendant un an 1/2. Récidive en janvier 1919. Mort en avril 1919.

OBS. 107 (inédite). — *Tumeur de la petite courbure*. — F..., 49 ans. Début des troubles gastriques à 17 ans; douleurs apparaissant à intervalles très éloignés sans vomissements. En 1911, recrudescence. En décembre 1920, vomissements très abondants calmant les douleurs devenues très vives. Quelques hémorragies rectales. On sent une tumeur très mobile au voisinage immédiat de l'ombilic. Signes de sténose pylorique. — *Intervention* (11 mars 1921) : La tumeur, qui est située sur la petite courbure, près du pylore, est mobile et peut être facilement attirée en dehors. On fait une gastrectomie d'emblée parce que la tumeur est volumineuse, que le péritoine gastrique est envahi, et qu'on aurait probablement de grosses difficultés à l'enlever dans un second temps (adhérences et greffes cancéreuses). Gastrectomie Billroth II. La tumeur est largement dépassée vers le haut, mais vers le bas d'un centimètre seulement. Il y a surtout une énorme adénopathie, le long des vaisseaux coronaires, et l'on doit remonter très haut, presque jusqu'au cardia, pour enlever les ganglions perceptibles, crainte de cancérisation générale et lymphatique. — *Suites* : Très améliorée pendant un an. A ce

moment, récidence gastrique et ascite probable. Décès le 12 décembre 1922.

Obs. 108 (inédite). — *Néoplasme pylorique*. — H..., 49 ans. Début il y a 6 ans par douleurs vagues qui depuis un mois sont beaucoup plus vives, permanentes avec paroxysme. Amaigrissement de 13 kilogs en 3 ans. Aspect cachectique, signes de sténose pylorique malgré absence de vomissements. — *Intervention* (11 octobre 1921) : Laparotomie s/-ombilicale, néoplasme pylorique nettement sténosant. Tumeur très mobile, devra être enlevée dans un deuxième temps. — *Premier temps* : Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique (bouton) très loin de la tumeur. Estomac un peu épaissi, surtout très dilaté, quelques ganglions le long de l'artère pylorique. — *Deuxième temps* : 27 octobre 1921 : Nouvelle laparotomie. Résection gastro-pylorique sans incident avec suture des deux tranches à trois plans de catgut (Billroth II). Sur la pièce, la tumeur a diminué un peu. Il s'agit probablement d'un cancer. Le 14 mars 1922, le malade se présente à la visite, il se porte très bien, état de santé parfait. Le 3 juillet 1923, le malade revient avec de nouveaux signes de sténose pylorique. Noyaux de généralisation. Le Douglas est blindé. Le 4 juillet 1923 (M. Delore-Pollosson). Laparotomie sous-costale gauche. Estomac cartonné, infiltré, impossible de faire aucune manœuvre ; en raison des antécédents d'occlusion on met une sonde dans le côlon transverse.

Obs. 109 (inédite). — *Ulcéro-cancer de la petite courbure*. (Examen histologique.) — F..., 51 ans. Début de l'affection en juillet 1921 par quelques douleurs vagues, quelques vomissements sans horaire fixe, mais renfermant plusieurs fois aliments de la veille. Amaigrissement de 15 kilogs. Signe de sténose pylorique. — *Intervention* (17 février 1922) : Laparotomie sus-ombilicale. On tombe sur un estomac très épais et peu dilaté, dans la région juxta-pylorique peut-être ulcéro-cancer adhérent en arrière, mais malgré l'induration, on ne

sait s'il s'agit de cancer ou d'ulcère. En tout cas, ce serait un cancer avec phénomènes inflammatoires. L'exérèse est possible et devra être faite en un deuxième temps. Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique, gros bouton. Suites simples. — *Deuxième temps* (4 mars 1922) : Gastrectomie. On suture les deux branches gastriques et duodénales à trois plans de suture au catgut. La tumeur, qui est un ulcéro-cancer de la petite courbure, remonte assez haut. Elle est bien dépassée de chaque côté d'au moins 2 à 3 cmc. Aucune hémorragie opératoire. Péritonisation post-opératoire sur le duodénum. Légère ascite irritative. Au point de vue ganglionnaire, les trois groupes sont pris : rétro-pylorique, sous-pylorique et coronaire stomacique et dans les trois régions on peut, semble-t-il, dépasser les ganglions malades. — *Suites opératoires* : au cinquième jour, élévation thermique à 38°5, qui se maintient jusqu'au neuvième jour sans qu'on en découvre la cause. Le 19 mars, la malade quitte le service apyrétique depuis 4 jours. La plaie est parfaitement cicatrisée, mais peut-être y a-t-il hématome profond. — *Examen histologique* : épithélioma atypique caractérisé par infiltration dans les sous-muqueuses. Décès en août 1923.

OBS. 110. — Cf. page 145.

OBS. 111. — Cf. page 114.

OBS. 112. — Cf. page 86.

OBS. 113 (inédite). — *Ulcéro-cancer de la petite courbure*. (Examen histologique.) — H..., 44 ans. — *Intervention* (14 septembre 1923) : Il s'agit d'un gros ulcère calleux de la petite courbure, partie moyenne, qui a dû perforer les tuniques gastriques et qui, actuellement, est bouché par l'épiploon gastro-hépatique et par une petite portion du mésocôlon. On peut le détacher et on se décide à la résection. Résection en selle cunéiforme, perforation plus large que la paume de la main. On la ferme longitudinalement à trois plans de suture au catgut, puis on ajoute une gastro-entéro-anastomose trans-

mésocôlique postérieure au bouton. Un petit drain sous le foie. L'opération a été plutôt difficile en raison du siège de l'ulcère. — *Examen histologique* : Epithélioma glandulaire avec épaississement scléreux de la sous-muqueuse et infiltration de la couche musculaire par des néoformations atypiques. Malade revient le 23 octobre 1924. Pendant 7 ou 8 mois après l'intervention, entérite. L'appétit fut et se conserve très augmenté. Aucun vomissement. Le malade qui a perdu 7 kilos après l'intervention n'a pas repris de poids. L'ingestion alimentaire s'accompagne de distension qui cesse au bout d'un quart d'heure à demi-heure. Pas de mélæna remarqué par le malade. Aucune douleur. Le malade est très satisfait au point de vue gastrique de son intervention, mais il se plaint de ne « pas profiter » et de garder un teint jaune. A l'examen, estomac très distendu, avec quelques ondes péristaltiques. — *Nouvelle intervention* (24 octobre 1924) : Sans anesthésie, on constate la présence d'une tumeur sur la ligne médiane, probablement d'origine cancéreuse. Incision sous-costale gauche; malgré l'incision, aussi haut et aussi externe que possible, on trouve la paroi très infiltrée. Estomac adhérent de partout très épaissi; très infiltré. Devant l'impossibilité de le mobiliser, on referme le ventre. Il existe un énorme plastron, probablement cancéreux, sur la face postérieure de l'estomac, vis-à-vis de l'arrière-cavité. La bouche de gastro doit être oblitérée, mais on ne peut la revoir en raison de la fixation.

c) Morts au cours de la troisième année.

Dans ce paragraphe se classent les malades qui sont morts ou ont récidivé du vingt-quatrième mois au trente-sixième mois après la gastrectomie.

OBS. 114. — Cf. page 119.

OBS. 115. — Cf. page 89.

OBS. 116. — Cf. page 88.

OBS. 117. — Cf. page 105.

OBS. 118. — Cf. page 89.

OBS. 119. — Cf. page 90.

OBS. 120. — (DELORE et SANTY, 1914) : *Cancer de l'antrum et du pylore*. (Examen histologique.) — F..., 55 ans. La douleur a débuté il y a un an : crampes douloureuses, survenant une heure après le repas et durant trois ou quatre heures. L'appétit et les forces n'ont décliné que depuis environ deux mois. Les vomissements ont commencé il y a six mois ; ils surviennent d'abord deux heures après le repas ; mais ces derniers temps, leur caractère s'est modifié, ils sont devenus plus tardifs, moins chargés en aliments, et moins abondants. La malade n'a jamais eu d'hématémèse ; sa constipation s'est accentuée ; depuis douze jours elle n'est pas allée à la selle. Il s'agit d'une femme très amaigrie, presque cachectique. Entre l'ombilic et le rebord costal, on perçoit une tumeur de la grosseur du poing. L'estomac descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. — *Intervention en deux temps* : 1° le 20 mai 1912, on pratique une gastro-entérostomie postérieure, transmésocôlique, au bouton de Jaboulay ; 2° le 30 mai 1912, gastrectomie. Suture à trois plans au catgut fin des tranches duodénale et gastrique. La tumeur est dépassée de 2 cm. côté duodénal et de 7 cm. côté estomac. Il s'agit d'un cancer de l'antrum et du pylore, non ulcéré, avec peu de ganglions. Les quelques ganglions trouvés paraissent inflammatoires. Un peu d'ascite. — *Examen histologique* : Il s'agit d'un épithélioma atypique. — *Suites opératoires* : Excessivement simples ; la malade quitte le service le 18 juin 1912. Décédée le 2 juillet 1914. (Aucun autre renseignement.)

OBS. 121 (inérite). — *Cancer circulaire du pylore*. — F..., 39 ans. — *Intervention* (13 décembre 1915) : Gastrectomie. Billroth II. — *Suites* : Amélioration importante, puis récédive hépatique. Décès le 18 mai 1918.

OBS. 122. — Cf. page 90.

OBS. 123. — Cf. page 81.

OBS. 124 (inédite). — *Ulcéro-cancer de la paroi antérieure de l'antre*. — F..., 61 ans. Pas de signes gastriques nets (on pourrait penser à un néoplasme de l'intestin). Tumeur perçue au-dessous de l'ombilic. — *Intervention* (26 septembre 1916) : Gastrectomie. Billroth II (bouton). La tumeur qui est largement dépassée, était adhérente à la paroi abdominale antérieure, dont on enlève une petite partie large comme une pièce de 50 centimes. L'examen de la pièce montre un ulcéro-cancer de la paroi antérieure de l'antre. Quelques ganglions gastriques. — *Suites* : Un an après l'intervention, la malade avait des digestions normales, sans vomissements, sans souffrances, mais elle n'avait pas repris de poids. Morte deux ans après l'opération (M. Delore l'a revue avec récurrence inopérable quelques mois auparavant).

OBS. 125. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920.) — *Néoplasme du pylore*. — H..., 58 ans. Depuis 6 mois : amaigrissement, pâleur, méloëna. Actuellement syndrome pylorique, grande cachexie. Entré salle Saint-Pothin le 26 décembre 1916. Opération en deux temps : 1° le 30 décembre 1916 : Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique au bouton; 2° le 18 janvier 1917 : Gastrectomie secondaire, nombreux ganglions rétro-pyloriques. Sort guéri le 15 février 1917. Décédé 2 ans après l'opération.

OBS. 126. — Cf. page 103.

OBS. 127. — Cf. page 101.

OBS. 128 (inédite). — *Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — F..., 47 ans. Début il y a un an par douleurs gastriques vagues avec anorexie; vomissements de stase avec débris sanguinolents depuis deux mois. Perception d'une tu-

meur à siège ombilical; clapotage, ondes péristaltiques, gros estomac descendant jusqu'au pubis. — *Intervention* : premier temps, 18 juin 1920 : Laparotomie sus-ombilicale. Néopylorique circulaire mobile, extirpable sans difficulté, pas de ganglions apparents. Estomac grand, épaissi. Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique au bouton. — *Réintervention* : Deuxième temps : Gastrectomie. On dépasse les ganglions sus et sous-pyloriques. Examen histologique : épithélioma glandulaire et colloïde. Décédée le 6 avril 1923.

Obs. 129 (inédite). — *Ulcéro-cancer sus-pylorique*. — F..., 28 ans. Début de l'affection il y a trois ans par des douleurs, deux ou trois heures après les repas, prenant une intensité croissante qui fait restreindre l'alimentation de la malade. S'irradie à gauche et dans le dos. Quelques vomissements, mais pas du type pylorique. Pas d'hémorragie. Amaigrissement de 15 kilogs. A la palpation, légère induration, un peu mobile, surtout à gauche. — *Intervention* (8 mars 1922) : Gastrectomie à la Polya. La tumeur adhère au mésocôlon transverse dans sa partie droite et on est obligé de réséquer le mésocôlon une largeur de paume de main. Il ne semble pas qu'on ait touché les gros vaisseaux du mésocôlon. Suture de la tranche duodénale à 3 plans sans incident. Sur la pièce, gros ulcéro-cancer suspylorique. — *Suites opératoires* : simples d'abord. A partir du 17 (neuvième jour), la température s'élève peu à peu à 39°, douleurs à la face interne de la cuisse et postérieure du mollet; œdème; phlébite d'un paquet variqueux de la saphène interne sur le milieu de la face interne de la cuisse gauche. Réaction inflammatoire analogue au mollet du même côté. Le 25 mars : Incision d'un abcès tardif de la cicatrice abdominale. Il s'écoule une cuillerée à soupe de pus mélangé de sang. La température baisse dès le soir. La malade accuse des coliques violentes, sans horaire fixe, sans localisation déterminée, sans gargouillements. Pas de vomissements. Le toucher rectal est négatif. Résiste à l'opium. Sort le 15 avril 1922. Grosse amélioration de l'état général, engraisée, gros appétit. Décédée le 19 mars 1924. Confinée au lit depuis 3 mois avant sa mort.

d) *Morts après trois ans.*

Un certain nombre de malades ont récidivé après trois ans de guérison. Nous citerons ici leurs observations :

OBS. 130. — Cf. page 118.

OBS. 131. — Cf. page 37.

OBS. 132. — Cf. page 138.

OBS. 133. — Cf. page 104.

OBS. 134. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920) : *Cancer de l'antre*. — F..., 49 ans. Troubles digestifs, pâleur, amaigrissement depuis un an. Quelques rares vomissements alimentaires sans rétention. Grosse tumeur perceptible mais non mobile. — *Intervention* : 1° le 8 août 1916 : Gastro-entérostomie postérieure, suture au catgut. Tumeur volumineuse de l'antre pylorique adhérente en arrière. Quelques ganglions rétro-pyloriques. L'exérèse est difficile et renvoyée à un deuxième temps en raison de la cachexie; 2° le 4 septembre 1916 : Gastro-pylorectomie. L'exérèse est difficile, paraît même un peu incomplète, sur la pièce, tumeur sous-muqueuse infiltrée avec gastrite folliculaire au-dessous. Suites simples. Le 25 septembre 1916, tumeur de la fesse qu'on prend pour un noyau de généralisation. Elle disparaît au bout de trois mois. Janvier 1920 : Récidive stomacale après plus de trois ans de guérison.

OBS. 135. — Cf. page 87.

OBS. 136 (inédite). — *Tumeur très étendue de l'estomac*. — F..., 61 ans. Pas d'antécédents gastriques. Début datant de trois mois. Troubles dyspeptiques vagues. Depuis 10 jours, grands vomissements alimentaires tardifs. Amaigrissement

marqué. Perception d'une tumeur abdominale à gauche de l'ombilic. Pas de clapotage. 24 août 1920 : *Intervention* : Gastrectomie, Billroth II. Tumeur mobile, mais très étendue. Ganglions coronaires gros comme une noix. Adhèrece du mésocôlon à la face postérieure de l'estomac. Gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton. Suture des extrémités au catgut à 3 plans. L'estomac mal vidé déverse son contenu dans le champ opératoire. Nettoyage minutieux. *Suites opératoires* : simples. Avril 1926 : On apprend que la malade est décédée depuis environ un an.

C. — Les Guérisons.

Nous verrons, dans un des chapitres suivants, ce qu'il faut penser de la guérison du cancer par la gastrectomie et quelles conditions sont requises pour être autorisé à parler de guérison définitive. Certains cas de malades guéris, mais trop récemment opérés pour parler de guérison définitive, seront également cités dans ce groupe.

a) *Guérisons définitives.*

Ce sont les malades qui ont atteint la quatrième année après l'intervention, sans avoir jamais présenté aucun signe de récidence.

OBS. 137. — Cf. page 119.

OBS. 138. — Cf. page 127.

OBS. 139. — Cf. page 128.

OBS. 140. — Cf. page 129.

OBS. 141. — Cf. page 129.

OBS. 142. — Cf. page 126.

OBS. 143. — Cf. page 124.

OBS. 144. — Cf. page 123.

OBS. 145. — Cf. page 125.

OBS. 146. — Cf. page 122.

OBS. 147. — Cf. page 122.

OBS. 148. — Cf. page 129.

OBS. 149. — Cf. page 123.

b) ***Guérisons maintenues en mai 1926
mais datant de moins de 3 ans.***

Nous donnerons la série de ces observations dans un ordre chronologique, en commençant par les plus anciennement opérés.

OBS. 150. — Cf. page 92.

OBS. 151. — Cf. page 93.

OBS. 152. — Cf. page 144.

OBS. 153 (inédite). — *Ulcéro-cancer de la région pylorique*. F..., 45 ans. Vient pour douleurs abdominales. Souffre de l'estomac depuis 4 ans, par intermittences. Les périodes douloureuses sont longues et la malade souffre tous les jours, principalement après les repas et depuis quelques jours la nuit. N'a jamais eu d'hématémèse, ni de mélæna. Cette malade se plaint uniquement de douleurs. Pas d'onde, pas de clapotage. Dans la région sous-hépatique, on sent une masse dure, douloureuse à la pression, forte, située très en dehors, ne suivant pas les mouvements respiratoires. Elle a le contact lombaire. — *Intervention* (2 janvier 1925) : Laparotomie sus-ombilicale. Il s'agit d'un néoplasme prépylorique mobile à prendre dans quelques jours pour exérèse. Gastro-entéro-anastomose au bouton. Deuxième temps, 20 janvier 1925 : Gastrectomie avec suture des deux tranches de section au catgut à trois plans. Ulcéro-cancer de la région prépylorique très large et très bien dépassé du côté du duodénum et de l'estomac. Toutefois, du côté de la petite courbure, la section passe juste au ras. Avril 1926 : La malade écrit qu'elle n'a pas perdu de poids, qu'elle ne vomit plus, mais qu'elle reste très faible (elle ne quitte pas le lit).

OBS. 154. — Cf. page 92.

OBS. 155 (inédite). — *Ulcéro-cancer de la petite courbure*. (Examen histologique.) — F..., 57 ans. Douleurs gastriques depuis 8 mois, tardives, soulagées par les vomissements. Léger amaigrissement. On ne perçoit pas de tumeur. Pas de sténose pylorique. — *Intervention* (20 février 1925) : Il s'agit d'un ulcère ou plus exactement d'un ulcéro-cancer de la partie moyenne de la petite courbure. La tumeur est dure, légèrement adhérente en arrière. L'estomac a une forme biloculaire. Pas de ganglions, la tumeur est mobilisable. On pourra l'enlever dans un deuxième temps. 11 mars 1925, deuxième temps : L'ulcère est diminué de volume, très adhérent, en arrière, au pancréas. Libération et excision large. Suture à trois plans. — *Examen de la pièce* : Vaste ulcère rongeant, calleux; on prélève un ganglion pour l'examen his-

tologique. La présence de formations épithéliales atypiques ne permet pas de douter de la malignité. Ganglions non envahis. — Guérison opératoire. Avril 1926. Le Docteur Soubeyran, qui soignait la malade, écrit qu'elle a repris son poids normal, qu'elle mange de tout et ne souffre pas, moyennant l'absorption quotidienne « d'huile de choux ».

OBS. 156. — Cf. page 143.

OBS. 157 (inédite). — *Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — F..., 67 ans. Entrée pour douleurs gastriques. L'affection actuelle a débuté, il y a un an : douleurs survenant 1 heure à 2 heures après les repas, localisées au creux de l'estomac, vives avec quelques irradiations vers le dos et vers l'épaule droite. Douleurs non calmées par l'ingestion alimentaire. Pyrosis. Pas d'amaigrissement, pas de méléna. Les douleurs surviennent dans la suite par période assez peu espacées. La malade consulte un médecin qui lui ordonne un régime. Toutefois, pour calmer ses douleurs, la malade mange peu et maigrit. Les douleurs augmentent d'intensité, la malade se décide à venir à l'hôpital et on l'envoie dans le service. A l'examen : malade amaigrie de 20 kilos, souffrant encore à l'heure actuelle par moments. L'estomac semble gros et descend au-dessous de l'ombilic. Sur la paroi cheminent de temps à autre des ondes; on ne sent pas de tumeur. — *Intervention* (12 juin 1921) : Il s'agit d'un cancer du pylore avec extension du côté de l'antrum pylorique. Peu de ganglions. La tumeur est très molle, très facile à enlever. Exérèse à faire dans un deuxième temps. Aujourd'hui : gastro-entéro-anastomose au bouton. A la suite de la première intervention, les suites opératoires ont été excellentes. L'opération a été très bien supportée. 23 juin 1925 : deuxième temps : Gastro-pyloréctomie large. La tumeur est largement dépassée en haut et en bas. Les ganglions coronaires sont également bien dépassés, les rétro-pyloriques petits, un peu adhérents, sont disséqués loin et paraissent enlevés à peu près complètement. Sur la pièce, la muqueuse gastrique est rouge. Au-dessus du pylore, ulcère ou ulcéro-cancer en voie

d'amélioration. Tout le pylore est induré et infiltré, même mamelonné. Suites simples. — *Examen histologique*: Epithélioma colloïde très atypique. Ganglions envahis. Mars 1926 : La malade écrit que son poids a augmenté de 11 kilos. Elle ne souffre pas, mais doit suivre un régime.

OBS. 158 (inédite). — *Ulcéro-Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — H..., 60 ans. Pas de passé gastrique : depuis huit mois, douleurs gastriques, post-prandiales. Amaigrissement progressif et considérable. Depuis un mois, vomissements de stase. A l'examen, ondes péristaltiques très nettes. — *Intervention* (16 mai 1925) : Enorme estomac très épaissi, mal vidé. Sur le pylore, on trouve des taches blanches d'ulcéro-cancer sans généralisation ganglionnaire, ni péritonéale. Un peu d'ascite, mais qui paraît inflammatoire. Gastro-entérostomie au bouton. A l'ouverture de l'estomac, il s'écoule pas mal de liquide. Malgré la présence de taches peut-être néoplasiques, il sera préférable de faire dans un second temps une exérèse en raison de l'extrême mobilité de la tumeur. Exérèse à faire dans 15 jours. 30 juin 1925 : Le malade ayant été vacciné a pris une lymphangite, il revient aujourd'hui pour le deuxième temps. 1^{er} juillet 1925 : Pylorectomie large. On ne trouve que quelques ganglions, la muqueuse est presque normale. L'hémorragie insignifiante. Opération très correcte. — *Examen histologique* : Epithélioma très atypique. Avril 1926 : Le malade écrit qu'il va assez bien et qu'il a recommencé à travailler. Il doit prendre quelques précautions au point de vue de l'alimentation.

OBS. 159. — Cf. page 144.

OBS. 160 (inédite). — *Ulcéro-Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — F..., 49 ans. La malade vient du service du Docteur Cade. Elle est entrée à l'hôpital pour douleurs gastriques. Depuis cinq ou six ans déjà, elle a souffert de temps en temps dans la région épigastrique, sans horaire bien fixe, cependant de préférence quelques heures après les repas dans l'après-midi ou la soirée. Puis survenaient quelques

vomissements aqueux qui calmaient les douleurs. Depuis six mois, les malaises ont augmenté. La malade souffre tous les jours à partir de 2 ou 3 heures de l'après-midi. C'est une pesanteur plutôt qu'une douleur vraie de la région épigastrique qui dure toute l'après-midi et la soirée; le matin, elle se dissipe un peu. La douleur réapparaît tous les jours. Tous les trois ou quatre jours se produisent de grands vomissements alimentaires remplissant une cuvette entière, d'odeur rance, renfermant des aliments ingérés plusieurs jours auparavant; la douleur est calmée à leur apparition jusqu'au repas suivant. La malade continue à s'alimenter, mais elle a maigri de 10 kilos en six mois. A l'examen physique, on trouve à la palpation une masse arrondie de la grosseur d'un œuf de poule, siégeant au-dessus et à gauche de l'ombilic, dure, bien sentie lorsque la malade respire à fond. L'auscultation fait percevoir un clapotage marqué. On obtient des ondes péristaltiques assez nettes et la malade a de temps en temps l'impression d'une boule qui se déplace de gauche à droite. — *Intervention* (23 novembre 1925) : Il s'agit d'un ulcéro-cancer prépylorique avec sténose pylorique. Tumeur très mobile. On se décide à l'enlever en un seul temps par le Billroth II au bouton. Suture des tranches gastriques à trois plans au catgut. A noter des ganglions coronaires stomachiques remontant presque jusqu'au cardia et qu'on enlève du côté du duodénum. Suture très facile. Tumeur très largement dépassée. Il s'agit d'un ulcère cancéreux des dimensions de la paume de la main, très induré au centre; l'induration décroît progressivement du centre à la périphérie où elle est représentée par une sorte d'ulcération de la muqueuse. (L'estomac était mal lavé. Beaucoup de matières fécales dans le côlon transverse.) — *Suites normales* : Le malade sort du service le 4 décembre 1925. — *Histologiquement* : Epithélioma tubulaire typique de l'estomac en partie ulcéré et envahissant les tuniques gastriques jusqu'aux plans musculaires, ceux-ci n'étant pas envahis sur les fragments adressés. Ganglion; hyperplasie simple; pas trace d'invasion cancéreuse. — Mars 1926 : La malade écrit qu'elle a repris un peu de poids, mais elle est obligée de manger très souvent;

elle a encore quelques troubles digestifs et se plaint de rester faible.

OBS. 161 (inédite). — *Cancer de l'antré et du pylore*. (Examen histologique). — F..., 42 ans. Entre pour douleurs gastriques. Depuis l'âge de 20 ans se plaint de souffrir de l'estomac. Vomissements fréquents deux fois teintés de sang. Crampes d'estomac violentes depuis avril 1915. Etat général mauvais. Grande asthénie. Amaigrissement de 4 kilos en six mois. Pâleur cirreuse. L'examen montre seulement de la douleur épigastrique et quelques ondes péristaltiques. Weber positif (selles). La radioscopie montre : évacuation gastrique tardive, toute petite tache duodénale après demi-heure. Entre cette tache duodénale et l'image gastrique, lacune douloureuse à la pression; on croit sentir à ce niveau un petit noyau arrondi et mobile. — *Intervention* (29 septembre 1925) : Cancer du pylore et de l'antré pylorique sténosant assez étendu mais encore mobile. L'estomac est un peu grand et épaissi. On remarque l'anémie prononcée. Malgré la sténose et l'anémie, on se décide à faire l'opération en un temps. Gastrectomie Billroth II typique en allant du duodénum à l'estomac. La tumeur est très bien dépassée du côté du duodénum et de deux centimètres du côté de l'estomac. On trouve des ganglions coronaires en petite quantité qui paraissent dépassés. La gastro est faite au bouton et les sutures des tranches à trois plans sur l'estomac, quatre sur le duodénum. Opération correcte et sans hémorragie. Dans les jours qui ont suivi l'intervention, l'état général est resté assez grave et la température élevée. Tumeur dans la région épigastrique. Pouls très rapide et assez bien frappé. A partir du quatrième jour, la température oscille entre 38° et 39°5, et vers le douzième jour, on constate une phlébite légère à la jambe gauche predominant au mollet et à la partie inférieure de la cuisse, le pied étant peu œdématié. Le vingt-huitième jour, la température qui était à peu près tombée, remonte et la malade se plaint d'un violent point de côté, à sa base droite avec dyspnée vive : il s'agit d'un infarctus. Epanchement pleural secondaire. La température

est à 40° le trentième jour. 14 novembre : La périgastrite a beaucoup diminué ainsi que la phlébite et on a pu faire lever la malade qui s'alimente bien; il ne persiste plus qu'un gros épanchement pleural. — 2 décembre : L'épanchement semble avoir considérablement diminué. — *Examen histologique* : Epithélioma. Mars 1926 : La malade ne vomit ni ne souffre plus; son poids a augmenté de six kilos; elle se plaint d'une grande faiblesse.

Obs. 162 (inédite). — *Cancer de la petite courbure de l'estomac*. (Examen histologique.) — H..., 49 ans. Vient du service du Professeur Bard. Sténose pylorique : vomissements, douleurs, ondes péristaltiques et tension intermittente. On sent une masse siégeant au niveau de la petite courbure et se prolongeant jusqu'au niveau de l'antra pylorique. Bon état général apparent. Selles noirâtres. — *Gastrectomie* (31 décembre 1925 : Billroth II sans incident notable. On examine la souplesse des parois gastriques. On note sur la petite courbure une tranche de section un peu rouge (gastrite). Pas de ganglions. A noter une adhérence de la face antérieure du mésocôlon transverse qui peut être enlevée sans section complète du côlon. Opération courte. Trois plans de suture, un drain. — *Examen histologique* : épithélioma. Le malade passe à Saint-Augustin le 26 janvier 1926. .

Obs. 163 (inédite). — *Tumeur bourgeonnante de la petite courbure*. — F..., 60 ans. La malade entre à l'hôpital pour douleurs et crises gastriques. Pas d'histoire gastrique. Début brusque, il y a quatre mois, par constipation opiniâtre. Vomissements, douleurs siégeant à l'épigastre, ballonnement. Il semble qu'il s'agit d'un état de subocclusion; les douleurs n'ont de gastrique que le siège. A l'examen : Malade amaigrie cachectique. On trouve une tumeur allongée dans le sens transversal situé à gauche de l'ombilic. Sous la radioscopie, la tumeur est placée au niveau de la petite courbure, mais en est facilement séparée. Par le contact lombaire, on peut difficilement la mobiliser. — *Intervention* (19 mars

1926) : Tumeur excessivement mobile de la partie moyenne de l'estomac. Gastrectomie. Billroth II. L'opération se termine sans incident, tout se passant en dehors du ventre. Suture des deux tranches à trois plans. Pas d'hémorragie. L'examen de la pièce montre une tumeur bourgeonnante située sur la petite courbure à la partie moyenne de l'estomac. Guérison opératoire.

OBS. 164 (inédite). — *Ulcéro-cancer de la petite courbure.*
— H..., 39 ans. Entre pour douleurs gastriques; il souffre depuis plusieurs années (quatre au moins) de douleurs siégeant à l'épigastre survenant trois ou quatre heures après les repas, s'irradiant dans le dos, mais pas dans l'épaule, calmées par les vomissements qui surviennent au bout d'un certain temps et terminent ainsi la crise douloureuse; ils sont constitués par une grande quantité de liquide très acide avec quelques débris alimentaires; ils n'ont jamais renfermé de sang; le malade n'a jamais vu de sang dans les matières ni remarqué dans les vomissements d'aliments ingérés quelques jours auparavant. Ces douleurs survenaient par périodes de deux ou trois jours, séparées par des intervalles de tranquillité complète. Les vomissements n'étaient pas très fréquents. Mais depuis trois semaines environ, les douleurs sont réapparues quotidiennement, ainsi que les vomissements : le malade vomit tout ce qu'il prend et en est arrivé à ne manger presque plus rien : un peu de lait seulement. Il a d'ailleurs perdu l'appétit, surtout pour la viande et les graisses. Il a maigri de 7 kilos en trois ans. A l'examen : Malade amaigri, mais non cachectique. Pas de clapotage ni d'ondes péristaltiques. On ne perçoit pas de tumeur. On trouve seulement un point douloureux sur la ligne médiane.
— *Intervention* (20 mars 1926) : Il s'agit d'un énorme ulcère ou ulcéro-cancer de la petite courbure ayant rongé jusqu'au niveau du pylore qui a pris une direction verticale; quelques adhérences postérieures. On se décide à faire une gastrectomie : Billroth II. Suture des tranches à trois plans au catgut. Gastro-entérostomie (bouton). Les adhérences sont assez faciles à libérer. On enlève un gros paquet ganglion-

naire dont on envoie un morceau au laboratoire. 2 avril 1926 : Sort guéri.

OBS. 165 (inédite). — *Tumeur de l'antrum pylorique*. — F..., 63 ans. Depuis sept à huit ans, légers troubles dyspeptiques, dégoût pour graisses et viandes. Pesanteur épigastrique. Depuis deux ans, douleur lancinante survenant 1 h. 1/2 après le repas, la réveillant la nuit, irradiant parfois sur le côté droit, jamais sur l'épaule ni dans le dos; cette douleur est calmée par des vomissements souvent abondants, âcres, contenant surtout des aliments de la veille non digérés. Pas d'hématémèse. Pas de mélèna. Amaigrissement notable. A l'examen, abdomen souple, on voit sous la peau se dessiner l'estomac, on voit des ondes et de la tension épigastrique. Clapotage. Douleur à la pression. — *Intervention* (12 avril 1926) : On trouve quelques adhérences épiploïques au niveau du foie. Après les avoir libérées, on peut extérioriser une tumeur de l'antrum pylorique encore mobile sans trop de ganglions, on pratique une résection Billroth II au bouton sans incident. Suture des deux tranches à trois plans de catgut. A noter que la tumeur tirant sur la paroi antérieure de l'estomac produit une sorte d'invagination de cette paroi. Tumeur presque pédiculée. On a envoyé un fragment au laboratoire pour examen histologique.

OBS. 166 (inédite). — *Ulcéro-Cancer prépylorique*. (Examen histologique.) — F..., 68 ans. Malade entre à Sainte-Marie pour troubles dyspeptiques. Pas d'antécédents à remarquer. Depuis dix-huit mois, douleurs tardives post-prandiales à type dyspeptique. Quelques vomissements sans caractères spéciaux; pas d'hématémèse. Amaigrissement rapide. A l'examen : pas d'ondes péristaltiques. On sent une masse douloureuse mobile à droite. Radioscopie : estomac de dimensions normales, douleur provoquée à la petite courbure. On voit un spasme de la grande courbure. Le 5 avril 1926, la malade passe à Gensoul. — *Intervention* (8 avril 1926) : Laparotomie sous-ombilicale médiane. Il s'agit d'un

ulcéro-cancer prépylorique avec légère sténose, estomac épaissi, nombreux ganglions cancéreux sous-pyloriques et coronaires stomachiques. L'ensemble est enlevable sans difficultés sérieuses, mais étant donné l'état de cachexie de la malade, on ne peut la tenter aujourd'hui. Gastro-entérostomie au bouton. 26 avril 1926 : Gastrectomie. Suture des deux tranches à trois plans de catgut. Tumeur bien dépassée. Il s'agit d'un ulcéro-cancer avec de gros ganglions sous-pyloriques et rétropyloriques qu'on enlève également. L'un des ganglions est caséux : il y a lieu de faire un examen histologique pour savoir s'il s'agit vraiment d'un cancer ou de tuberculose. — *Examen histologique* : Epithélioma incontestable du type tubulé avec d'immenses plages en voie de nécrobiose. Le cancer infiltre jusqu'à la graisse sous-péritonéale. La muqueuse n'est nulle part reconnaissable. Le ganglion est entièrement envahi par un épithélioma présentant les mêmes caractères qu'au niveau de la tumeur principale.

CHAPITRE III

Analyse de la statistique de M. le Docteur Delore.

Nous avons vu que la plupart des auteurs ont cherché à exprimer les résultats obtenus dans la résection gastrique en déterminant la proportion pour cent de malades guéris définitivement, en cherchant également la proportion de malades ayant survécu au delà de 1 an, 2 ans ou 3 ans. Nous avons suivi la classification selon laquelle ont été rangées les observations et avons recherché la proportion de malades ayant survécu moins de 1 an, de 1 à 2 ans, de 2 à 3 ans et de malades morts au delà de 3 ans, enfin de malades guéris. Ces proportions ont été calculées d'après le nombre des malades suivis dans toute leur évolution, c'est-à-dire, en éliminant les morts opératoires, les malades perdus de vue ou morts d'affection intercurrente et enfin les malades trop récemment opérés pour entrer dans la statistique.

Ainsi, nous obtenons les résultats suivants :

29 % des malades sont morts dans la première année, nous trouvons de même 29 % pour les morts de la deuxième année : 19 % sont morts au cours de la troisième année, et enfin 23 % ont survécu plus de trois ans. Le chiffre des malades ayant dépassé trois ans n'est pas très élevé, si on le compare à ceux de Mayo (37 % de ses malades ont dépassé la troisième année), mais il se rapproche de ceux de Gouilloud (27 %), de Schönbauer et Orator (27 %). Par contre, la proportion relative des morts pendant la première et la deuxième année est plus favorable que celle des auteurs qui ont donné les résultats sous cette forme : Möller, par exemple, a 41 % de morts pendant la première année et 36 % pendant la deuxième.

Mais les malades qui dépassent la troisième année ne sont pas tous guéris, bien loin de là. En effet, 7 malades de M. Delore sont morts de récurrence après plus de trois ans de guérison (soit 8 %). On trouve donc seulement le chiffre de 15 % de guérisons définitives, mais ce dernier chiffre appelle une critique importante. *Ces cas guéris sont-ils bien des cancers?* La récurrence est tellement fréquente qu'il est toujours permis de douter de la nature réelle de la tumeur enlevée.

Nous reviendrons sur la nécessité de l'examen histologique dans le chapitre consacré à la guérison définitive, mais si nous devons éliminer les guérisons de plus de trois ans qui n'ont pas été vérifiés microscopiquement et tabler sur ce chiffre

pour connaître la proportion de guérisons, nous aboutirions à une erreur. Il serait inexact de comparer les cas vérifiés histologiquement avec l'ensemble des opérés. Chez ceux-ci, dans la plupart des cas, la récurrence garantit la nature de la lésion. Il nous a donc paru utile, pour nous faire une idée plus juste du nombre de malades précis, de rechercher la proportion de guéris et aussi les divers pourcentages par année, uniquement dans la série des cas vérifiés histologiquement. En effet, ces cas n'ont pas été choisis ; le fait qu'il y a eu ou qu'il n'y a pas eu d'examen histologique a été tout à fait fortuit et par conséquent ces chiffres auront une valeur certaine et nous pourrions les comparer avec les résultats d'ensemble. Nous avons les proportions suivantes :

Morts dans la première année	23 %
Morts dans la deuxième année	35 %
Morts dans la troisième année	17 %
Malades ayant survécu plus de trois ans....	24 %

Il est remarquable que ces chiffres se superposent assez exactement aux chiffres de la statistique globale. Ils confirment la valeur des pourcentages donnés par celle-ci. Mais nous obtenons des résultats un peu différents si nous recherchons quelle proportion de malades ayant survécu au delà de trois ans ont fait une récurrence : Dans la série des malades vérifiés histologiquement, la moitié de ceux ayant dépassé les trois ans de guérison sont morts ultérieurement d'une récurrence (12 %). Il semble donc que, pour les guérisons définitives, la série des cas vérifiés au microscope ne confirme pas les résultats donnés par la

statistique globale. Le chiffre des guérisons serait donc inférieur à celui fourni par l'ensemble des cas opérés. Nous croyons donc qu'environ 12 % des malades opérés guérissent définitivement. Du reste, nous verrons de plus près la question de la guérison dans le chapitre qui y est consacré.

CHAPITRE IV

De la survie moyenne après gastrectomie pour cancer.

D'après les résultats que nous venons l'analyser, la gastrectomie donne rarement, dans le cancer, une guérison définitive, et c'est plutôt sur des résultats temporaires qu'il faut compter. Pour déterminer la valeur de cette guérison, beaucoup d'auteurs ont recherché la *durée moyenne de la survie chez les malades ayant récidivé*. Leriche note de grandes différences, suivant les auteurs, différences qui vont de 12 mois à 26 mois. Schönbauer et Orator ont eu en moyenne 1 an de survie ; Altschul, 13 mois ; Témoin, de 13 mois à 2 ans ; Bressot, donnant les résultats de Tixier, a trouvé une moyenne de 15 mois de guérison ; Goldschwend cite le même chiffre ; Waldenström, celui de 17 mois ; Möller a trouvé une survie moyenne de 18 mois : enfin, Daneel donne le chiffre de 600 jours.

Tous les chirurgiens insistent sur la supé-

riorité de ce temps de survie comparé à celui que l'on obtient par les opérations palliatives. Leriche donne les chiffres suivants, d'après Krœnlein : 102 jours de survie pour les malades que l'on n'a pas opérés ; 114 pour les malades qui ont eu une simple laparotomie ; les opérés par gastro-entérostomie survivaient en moyenne trois mois de plus que les non-opérés (soit environ 6 mois). Bressot donne le chiffre moyen de 8 mois, et Olivier celui de 7 mois pour la survie des malades opérés par une simple gastro-entéro-anastomose. La supériorité de la résection est considérable ; les auteurs sont unanimes.

Nous avons trouvé, pour les opérés de M. Delore, une durée moyenne de survie de 18 mois. Ce chiffre est d'ailleurs certainement au-dessous de la réalité, car, pour beaucoup de malades dont nous n'avons pu connaître la date de la mort, la durée de la survie a été comptée jusqu'au moment où une récurrence avait été constatée.

La question de l'examen histologique ne se pose pas pour la durée moyenne de la survie : la récurrence a fait, dans tous ces cas, la preuve de la malignité de la tumeur.

En somme, ce chiffre de 18 mois de survie est très remarquable : les gastrectomies guérissent rarement un cancer, mais donnent, en général, une survie importante et très supérieure à celles obtenues par les interventions palliatives.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE DES SUITES ÉLOIGNÉES DE LA GASTRECTOMIE POUR CANCER

CHAPITRE PREMIER

La période de guérison temporaire avant récurrence.

La statistique que nous venons d'analyser nous montre déjà combien est élevé le nombre des récurrences. En somme, la grande majorité des malades, il faut le reconnaître, meurt ultérieurement de son cancer. Ce résultat, au premier abord peu encourageant, ne doit pas nous arrêter définitivement, et si la gastrectomie a peu de guérisons à son actif — nous reprendrons ce point — il faut poser la question des résultats temporaires obtenus par cette intervention.

Dans une chirurgie comme celle du cancer gastrique, il faut savoir se contenter de résultats relatifs et ne pas abandonner une thérapeutique, parce qu'elle qu'elle donne rarement une guérison définitive. Les résultats d'une intervention, quoique temporaires, apparaissent comme très souhaitables aux familles des malades mises en présence de cette issue fatale, inexorable, qu'annonce un diagnostic de cancer gastrique.

Chez la grande majorité des malades qui ont subi l'exérèse totale et qui récidivent plus tard, il existe une période où les symptômes disparaissent plus ou moins complètement et où l'état général se maintient tout à fait remarquable. C'est cette *période libre de symptômes* qui nous paraît très importante à considérer. En effet, nous savons que la guérison est rare, c'est donc en grande partie les résultats temporaires qui doivent servir à juger la gastrectomie. Cette période de guérison constitue un point capital de l'étude des résultats éloignés. Les éléments qui permettront de juger de la guérison temporaire seront d'une part d'ordre mathématique : la durée de cette période libre, d'autre part d'ordre clinique, et là l'analyse des observations nous permettra de nous faire une idée nette de l'état du malade pendant la période envisagée.

A. — Durée de la période libre.

Au point de vue de la durée, les chiffres obtenus sont extrêmement variables ; certains malades guérissent pour récidiver très rapidement. Le malade de l'Observation 85 a été amélioré pendant une mois seulement. Voici cette observation :

Obs. 85 (inérite). — *Ulcéro-cancer prépylorique*. — H..., 64 ans; malade envoyé par M. le Docteur Cade. Depuis six mois : anorexie, douleurs gastriques avec petits vomissements. Depuis deux mois et demi : douleur tardive soulagée par les vomissements (vomissements marc de café). Méléna. Amaigrissement de 9 kilos, Teint jaune paille. Enorme cla-

potage; l'estomac descend très bas. — *Intervention* (28 décembre 1924) : On trouve un ulcère ou mieux un ulcéro-cancer prépylorique légèrement adhérent en arrière. Exérèse possible dans un deuxième temps. Aujourd'hui : Gastro-entéro-anastomose au bouton. Deuxième temps (12 janvier 1925) : Gastrectomie large sans incident : on ne trouve pas de ganglion dans l'épiploon. Il semble s'agir d'un ulcéro-cancer occupant toute la région pylorique. 31 mars 1926 : On apprend que le malade est décédé le 18 novembre 1925. Amélioration incomplète pendant un mois, avec reprise de 2 kilos.

Par contre, certains malades ont une période de guérison complète pendant des années. Il en est ainsi pour la plupart des cas où la survie a été longue. Ceci nous amène à nous demander s'il existe un rapport entre la durée de survie et la durée de l'absence de symptômes. D'une manière générale, il est bien certain qu'à une survie longue répond une guérison prolongée, à une survie courte une amélioration courte. Ce rapport toutefois est bien loin d'être étroit : on peut observer en effet des survies très longues chez des malades qui n'ont eu qu'une courte période d'amélioration. L'Observation 123 en est un exemple :

OBS. 123. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920) : *Cancer du pylore avec sténose. Signes de sténose du pylore datant de quelques semaines avec état de cachexie avancée.* — F..., 36 ans. Entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse en septembre 1916. Opération en deux temps. — 1° *Intervention* (7 septembre 1916) : Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique faite rapidement au bouton. Il s'agit d'un cancer du pylore enlevable dans un deuxième temps malgré des ganglions, rétro-pyloriques. 2° Le 25 septembre 1916 : Pyloro-Gastrectomie. Tumeur largement dépassée : grosse ulcération bour-

geonnante avec des ganglions rétro et sous-pyloriques manifestement cancéreux. Sort guérie le 18 octobre 1918. Elle n'avait jamais eu une amélioration complète, ses digestions étaient restées douloureuses et son état général déficient. En août 1918, a présenté un ictère.

Inversement — et ces cas sont bien plus fréquents — la guérison peut être très longue par rapport à la durée de la survie. Voici quelques exemples :

OBS. 80 (inédite). — *Ulcère calleux du pylore*. — H..., 27 ans. Entré le 9 septembre 1920. Début de l'affection en janvier 1919. Pas de douleurs gastriques et de vomissements aqueux. Il y a six mois, les vomissements deviennent alimentaires. A l'examen : Signes de rétention gastrique. — *Intervention* (11 septembre 1920) : Premier temps : Gastro-entéro-anastomose transmésocôlique à la suture. 2 octobre 1920 : deuxième temps : Pylorectomie. Le malade est décédé le 4 juillet 1921 après avoir présenté une période de guérison complète jusqu'en mai 1921.

OBS. 92. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909) : *Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — F..., 49 ans. Troubles dyspeptiques depuis un an, puis vomissements avec hématemèse et méléna, amaigrissement. Sténose pylorique, péristaltisme; pas de tumeur perceptible à la palpation. — *Intervention* (10 novembre 1906) : Anesthésie à l'éther, à peine endormie la malade a un arrêt respiratoire inquiétant, on continue sans anesthésie. Pyloro-gastrectomie typique. Billroth II (bouton). Opération facile vu l'absence d'adhérence pancréatique. La section porte sur le duodénum à trois centimètres de la tumeur, sur l'estomac à dix centimètres. — *Suites opératoires* : Simples, la malade sort de la clinique le 12 décembre, vingt jours après l'opération. Cette femme est restée guérie jusqu'en décembre 1907. — *Examen de la pièce*: Tumeur très exactement pylorique formant un anneau circulaire d'une dureté ligneuse, d'un très petit calibre, admet-

tant à peine une sonde N° 18. — Diagnostic histologique : épithélioma glandulaire atypique infiltrant de la couche musculaire. — Mars 1926 : La fille de la malade écrit que sa mère est morte d'une récurrence hépatique le 18 janvier 1908 après être restée alitée trois mois.

OBS. 66. — (DELORE et SANTY, 1914) : *Cancer prépylorique*. (Examen histologique.) — H..., 57 ans. Troubles digestifs. Anorexie. Douleurs après le repas depuis trois mois. Amaigrissement de 15 kilos, teinte cyanosée; pas de tumeur appréciable, pas de vomissements. Clapotage à jeun. — *Intervention* (17 juillet 1912) : Le cancer est prépylorique et assez gros, caché sous un foie volumineux. Gastro-pyloréctomie large. Billroth II avec gastro-entérostomie au bouton et suture des tranches gastrique et duodénale par trois plans de catgut. — *Examen de la pièce* : La tumeur forme une vaste ulcération à bords indurés, elle gagne sur la petite courbure, le pylore reste perméable, elle est dépassée de deux bons centimètres du côté du duodénum, mais du côté de l'estomac, sur la petite courbure, les limites de l'exérèse sont insuffisantes. — *Histologiquement* : Epithélioma colloïde. — *Suites opératoires* : Guérison opératoire rapide : l'opéré engraisse de 20 kilos. En décembre, il maigrit de nouveau, et en février 1913, on constate une récurrence profonde inopérable.

Voici une observation dans laquelle le malade avait eu rapidement une disparition complète des symptômes et un état général complètement transformé et qui récidiva rapidement :

OBS. 83 (inédite). — *Ulcéro-cancer juxta-pylorique*. — F..., 44 ans. Début de l'affection il y a deux ans, pas de vomissements. Depuis quinze jours : douleurs. — *Intervention* (27 décembre 1923) : La malade étant très cachectique : anesthésie locale complétée par du chlorure d'éthyle. Il s'agit d'un ulcéro-cancer juxta-pylorique avec épaississement de

l'estomac au-dessus et adhérence au foie et à la paroi abdominale. En présence de la cachexie et des difficultés opératoires, on fait une gastro-anastomose au bouton à quelque distance de la tumeur. La résection devra être faite si possible dans quatorze jours. Les adhérences au foie et à la paroi ne sont pas très importantes. Il y a des adhérences postérieures. Deuxième temps le 27 janvier 1924 : Il s'agit d'un ulcéro-cancer qui s'est mobilisé depuis la dernière intervention. Etant donnée sa marche, on se décide à l'intervention. Gastro-pylorectomie large. Adhérence du mésocôlon à la face postérieure; elles peuvent être détachées, ce sont des adhérences inflammatoires. On laisse un petit drain en raison de l'inflammation. Fin 1924 : La malade écrit qu'après avoir été considérablement améliorée (disparition des vomissements et des douleurs, augmentation de poids de 10 kilos), elle a recommencé à souffrir, a maigri de 11 kilos.

Enfin, pour avoir une idée de la guérison temporaire, il faut envisager la durée moyenne ; en réunissant tous les cas où nous avons pu connaître la durée de la période envisagée, nous avons obtenu une moyenne de 15 mois.

En recherchant dans la littérature, nous n'avons trouvé qu'un très petit nombre d'auteurs qui aient cherché ce chiffre. Du reste, on trouve relativement peu de renseignements sur cette période de guérison temporaire, qui a été généralement étudiée très insuffisamment par les auteurs qui se sont occupés de la gastrectomie. Möller a obtenu le chiffre de 18 mois. Ce chiffre est plus élevé que celui que nous apportons, mais il faut bien remarquer que M. Delore a opéré un nombre important de malades dans un état très précaire et à une période relativement avancée, ce qui a souvent empêché l'exérèse complète.

B. — Qualités de la guérison temporaire.

Le chiffre que nous venons de citer a son importance, mais ce qui n'en a pas moins et plus peut-être, à notre avis, c'est d'étudier de près les observations, de rechercher ce que sont devenus les malades, comment ils digèrent, quel est leur état général, s'ils ont repris des forces et recommencé à travailler. Pour cela, nous avons à notre disposition une série importante de malades que nous avons pu suivre, qui nous ont donné des renseignements précis sur leur santé. Au moment de l'opération, tous ou à peu près étaient dans un état grave : état général extrêmement touché, troubles digestifs intenses, vomissements fréquents, amaigrissement très accentué. Le plus souvent, ils étaient incapables de faire aucun travail.

Comment avons-nous retrouvé le malade après l'intervention ? Dans la plupart des cas, l'amélioration obtenue a été rapide et importante. Le malade de l'Observation 59 avait déjà repris 2 kilos à sa sortie de l'hôpital.

Tout d'abord, cessent les troubles digestifs. Les malades, qui ne pouvaient manger sans souffrir et vomir, reprennent une alimentation normale, très bien supportée en général. Quelques-uns d'entre eux toutefois doivent prendre quelques précautions, en particulier celle de ne pas trop manger à la fois — parfois aussi ils ne supportent pas tous les aliments — mais il s'agit là d'inconvénients bien minimes et le nombre de ceux qui mangent de tout indifféremment est très grand.

On peut se demander suivant quel mécanisme fonctionne le moignon gastrique et la nouvelle bouche pylorique. Olivier, qui a examiné à la radioscopie un certain nombre de réséqués, a constaté que, chez les uns, l'estomac est supprimé fonctionnellement, tandis que d'autres ont des contractions et que l'on observe des bouchées successives que laisse passer le pylore au moment de l'évacuation gastrique. Vinceneux a vu également que l'évacuation gastrique était rapide chez les réséqués. Parallèlement à la disparition des troubles gastriques, la plupart des malades voient leur état général se remettre d'une façon souvent complète. La reprise du poids est parfois considérable ; chez plusieurs malades, on note 20 kilos et plus. Les malades des observations suivantes ont eu des reprises de poids tout à fait remarquables.

Obs. 112 (inédite). — *Néoplasme du pylore. — Intervention* (27 décembre 1923). — H..., 50 ans. Pylorctomie. Grosse amélioration à la suite de l'intervention. Aucune douleur, reprise de poids merveilleuse ; pèse actuellement 96 kilos. Revient dans le service le 2 février 1925. Subitement, il y a douze jours, perte d'appétit et courbature générale. Le soir, crise douloureuse très aiguë dans la région hépatique avec irradiation interscapulaire. Imparfaitement calmée par un piqûre de morphine. A noter que le malade présentait de l'ictère depuis quelque temps, ictère par rétention progressif. Le foie est gros. Signe de broncho-alvéolite. — *Intervention* (4 février 1925) : On trouve une légère ascite et des noyaux nombreux et volumineux dans le foie. Suture. Décès le 18 février.

OBS. 131. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909). — *Cancer de l'antré ayant secondairement envahi le pylore.* (Examen histologique.) — H..., 41 ans. Troubles gastriques remontant à cinq mois : Pesanteur douloureuse à l'épigastre, vomissements provoqués. Depuis une quinzaine de jours, syndrome pylorique : plusieurs vomissements par jour, hématemèse, dilatation gastrique. — *Intervention* (6 novembre 1907) : Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton). — *Suites opératoires* : Assez simples, mais le malade a eu à deux reprises des poussées thermiques assez fortes avec phénomènes pulmonaires. Quitte la clinique au bout d'un mois ayant engraisé de 3 kilos. Le 28 janvier 1908, le malade avait engraisé de 28 kilos et repris son métier de maçon. Restait guéri en 1909. A été revu le 18 octobre 1911 avec de l'ascite, a quitté son travail il y a vingt jours. Il est inopérable. Mort en janvier 1912. — *Examen de la pièce opératoire* : Il s'agit d'une tumeur de l'antré ayant envahi la petite courbure et atteignant le pylore qui anatomiquement n'est pas sténosé et admet le petit doigt. Intérieurement, tumeur végétante en partie ulcérée. Diagnostic histologique (laboratoire de la clinique) : Epithélioma glandulaire atypique.

Cette reprise du poids est le signe d'une véritable renaissance de l'organisme. Ces malades qui avaient un teint terreux ou plus ou moins jaune, reprennent un aspect de santé qui les frappe eux et leur entourage. Les lettres qu'ils écrivent sont tout à fait intéressantes à cet égard : beaucoup emploient le terme de *résurrection* pour caractériser cette transformation. Ces heureux résultats ont une répercussion sur l'état moral des malades qui ont l'illusion d'une guérison définitive. Citons quelques observations, pour illustrer ce que nous avançons :

OBS. 135. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920). — *Ulcéro-cancer de la petite courbure s'étendant jusqu'au pylore.*

(Examen histologique.) — F..., 61 ans. Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul le 21 mai 1919. Aurait souffert de l'estomac à 38 ans. Depuis un an, a recommencé à souffrir après ses repas. Vomissements rares, alimentaires, amaigrissement. A l'examen : induration profonde paraissant correspondre à la petite courbure. Examen radioscopique : Estomac allongé, étiré avec pseudo-biloculation. Bas-fond un peu dilaté. Opération en deux temps. — 1° *Intervention* (24 mai 1919) : Ulcère dur de la petite courbure et du pylore avec estomac très allongé, épaissi, très mobile, peu dilaté. Gastro-entérostomie postérieure avec bouton. L'exérèse sera tentée dans quelque temps. 2° Le 12 juin 1919 : Pyloro-Gastrectomie. Billroth II sans incident. — *Examen histologique* (Docteur SANTY) : Ulcéro-cancer, forme très atypique infiltrante. Sort guérie le 10 juillet 1919; le 9 octobre 1919 : la malade écrit « pour exprimer toute sa reconnaissance d'avoir été rendue à la santé » : « Je ne vous oublierai pas tant que je vivrai, car maintenant je ne souffre plus, pense à vous et je vais tout à fait bien; je mange et je digère bien et depuis le 10 juillet que je suis sortie de l'Hôtel-Dieu j'ai pris 9 kilos. » Avril 1926 : On apprend que la malade est morte en septembre 1925 après avoir présenté une récurrence hépatique et être restée au lit cinq mois.

OBS. 116. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909). — *Cancer de l'antre ayant envahi le pylore*. (Examen histologique.) — H..., 50 ans; début il y a six mois par des troubles gastriques. Douleurs succédant à l'ingestion alimentaire. Hyperchlorhydrie. Depuis un mois, syndrome de sténose pylorique, estomac dilaté, on ne sent pas de tumeur. Amaigrissement. Teint jaune paille. — *Intervention* (1^{er} décembre 1906) : Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton); la tumeur adhère par la face postérieure au mésocôlon transverse dont on doit enlever la largeur de la main. Cette résection se fait, du reste, sans aucune hémorragie, on est sûr de ne pas avoir de gangrène ultérieure. — *Suites opératoires* : Le lendemain de l'intervention, le malade se met à vomir du sang noir, langue rôtie, température 39°. On fait immédiatement un lavage

d'estomac qui retire un litre et demi de liquide marc de café. A partir de ce moment, suites très simples : Le malade quitte la clinique le 15 janvier 1907. Il s'est marié dix mois après l'opération. En juin 1909, il rentre dans le service de M. Tessier avec une récurrence se traduisant par de l'ictère.

OBS. 115. — (PONCET et DELORE, 1905). — *Cancer de l'antrum ayant envahi secondairement le pylore.* (Examen histologique.) — H..., 45 ans. Depuis quatorze mois : douleurs, digestion pénible, pas de vomissement, Il y a quatorze mois, vomissements muqueux et bilieux assez espacés; il y a dix mois, vomissements alimentaires qui continuent. Ni hématomatose, ni méléna. Cachexie. Actuellement, sténose pylorique, tumeur épigastrique à contours mal limités. — *Intervention* (16 juin 1905) : Gastro-pylorotomie. Billroth II (bouton). La tumeur adhère au pancréas sur la face antérieure duquel il y a un gros paquet de ganglions. La résection de la petite courbure va presque jusqu'au cardia. Drain sous-hépatique. Durée de l'opération, 1 heure. — *Suites opératoires* : Fort simples. Le malade se lève le douzième jour, revu le 25 juin 1906 en excellent état, mangeant de tout. Mort au début de février 1908, probablement avec une récurrence stomacale. Survie, 31 mois. — *Examen de la pièce opératoire* : Gros ulcère cancéreux dont les limites ont été dépassées d'au moins quatre centimètres de chaque côté. L'ulcération occupe l'antrum et le pylore. Histologiquement (L. Dor) : Cancer colloïde.

OBS. 118. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909.) — *Volumineux cancer gastrique ulcéro-végétant de la face postérieure.* (Examen histologique.) — F..., 47 ans. Pas de phénomènes fonctionnels. Depuis trois mois, la malade s'est aperçue de la présence d'une tumeur abdominale siégeant au niveau de l'ombilic et à gauche de celui-ci. Amaigrissement. Teint cancéreux. Estomac non dilaté, pas de clapotage. — *Intervention* (4 février 1909) : Anesthésie discontinue. Pylorogastrectomie. Billroth II (bouton). Résection de 20 centimètres de côlon

transverse avec anastomose côlo-côlique termino-terminale à la suture. Il s'agit d'une énorme tumeur occupant la face postérieure de l'estomac. Le mésocôlon transverse est rétracté. On résèque le côlon transverse dans la crainte de phénomènes gangréneux ultérieurs. — *Suites opératoires* : Très simples, un petit abcès superficiel de la paroi donne, les jours suivants, un peu de température à la malade. Pas de diarrhée, alimentation solide reprise au quinzième jour. Actuellement, excellent état général et gastrique, a engraisé de 2 kilos en un mois. Revue guérie en décembre 1910. Récidive avec ascite en juillet 1911. Décédée en octobre 1911. — *Examen de la pièce* : Volumineuse tumeur en chou-fleur avec ulcération centrale occupant la face postérieure. Infiltration du mésocôlon. Histologiquement : Epithélioma glandulaire atypique.

OBS. 119. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Gros cancer pré-pylorique*. — H..., 58 ans. Troubles gastriques remontant à six mois avec douleur et amaigrissement prononcé. Pas de vomissements. On sent une grosse tumeur située sous les fausses côtes gauches très mobile. — *Intervention* (24 mars 1910) : Pylorogastrectomie large. Billroth II au bouton avec trois plans de suture au catgut sur les tranches gastrique et duodénale. Durée : 1 heure. — *Suites opératoires* : Guérison sans incident. Le malade est resté guéri jusqu'en octobre 1912. A cette époque, M. Bouveret constate une récurrence adhérente à la cicatrice abdominale. — *Examen de la pièce* : Enorme ulcération cancéreuse de l'antrum pylorique avec invasion du pylore. La tumeur est dépassée en haut de 6 à 7 centimètres et en bas de 2 à 3 centimètres. Elle est annulaire et longue de 10 à 12 centimètres, formant un canal rétréci. Il existe des ganglions néoplasiques dans tous les territoires lymphatiques, notamment sur l'artère gastro-épiploïque droite où ils descendent fort loin.

OBS. 122. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920). — *Cancer pré-pylorique hémorragies*. Gastrectomie en deux temps. — F..., 63 ans. Début, il y a un an. Malade très anémique par hémor-

ragies. Vomissements rares, tumeur perceptible et mobile. — 1° *Intervention* (31 juillet 1916) : Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique à la suture. 2° Le 29 août 1916 : Gastro-pylorectomie large avec suture des deux tranches par trois plans de catgut. Durée : 1/2 heure. Il s'agit d'un vaste ulcéro-cancer prépylorique à bords indurés dont les limites sont bien dépassées. Un seul ganglion rétro-pylorique. Guérison parfaite un an après. La malade est morte de récurrence en octobre 1918.

De même, chez cette malade, qui était en parfaite santé deux ans et six mois après l'intervention et qui a été perdue de vue :

OBS. 55. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Cancer de la petite courbure*. (Examen histologique.) — F..., 55 ans. Entrée dans une clinique pour troubles digestifs; elle vomit depuis quinze jours; on voit des ondes péristaltiques. A gauche de l'épigastre, on sent une tumeur qui paraît mobile. — *Intervention* (11 septembre 1913) : Tumeur de la petite courbure occupant la partie moyenne de l'estomac. Nombreux ganglions le long de la grande et de la petite courbure. Adhère de la face postérieure de l'estomac au mésocôlon transvers sur une étendue de trois à quatre centimètres. Gastrectomie. Billroth II (bouton). On résèque un fragment de mésocôlon transverse au niveau de l'adhérence; aucun gros vaisseau n'ayant été intéressé par cette résection, on ne s'occupe pas spécialement du côlon. Les ganglions sont enlevés en bloc aussi largement que possible; on en prélève un situé loin de la tumeur au niveau de la tête du pancréas. — *Suites opératoires* : Bronchite légère les deux ou trois premiers jours avec élévation thermique, mais la malade s'améliore rapidement et part guérie le 28 septembre 1913. Elle a été revue en parfaite santé en mars 1916. Perdue de vue depuis. — *Examen de la pièce* : Large ulcération cancéreuse à cheval sur la petite courbure; de nombreux ganglions ont été enlevés en même temps que la tumeur au niveau du bord posté-

rieur de laquelle on retrouve le fragment de mésocôlon adhérent. — *Examen histologique* (SANTY) : Epithélioma atypique dont les cordons cellulaires infiltrant profondément les tuniques gastriques autour de l'ulcération. Le ganglion examiné présente sous sa capsule un début très minime, mais indubitable d'envahissement.

Un certain nombre de malades actuellement bien portants peuvent également être cités comme exemples :

Obs. 150 (inédite). — *Ulcéro-cancer prépylorique*. (Examen histologique.) — F..., 41 ans. Souffre depuis de nombreuses années; les douleurs sont devenues plus sévères depuis un an et demi. Vomissements alimentaires. Gros amaigrissement. — *Intervention* (17 mars 1924) : Il s'agit d'un ulcère ou plutôt d'un ulcéro-cancer prépylorique. Ulcération assez dure. Il existe des ganglions. L'exérèse très large est terminée par un Polya. Fixation de l'estomac au mésocôlon. Ablation de nombreux ganglions sous et rétro-pyloriques; suture à trois plans. Sur la coupe : bel ulcère probablement cancéreux. — *Examen histologique* : Epithélioma glandulaire. 12 novembre 1924 : Cette malade écrit que son poids a augmenté de 8 kilos, sa digestion normale sans douleur, sans vomissement. 2 avril 1926 : La malade écrit que son état est toujours excellent, elle a encore augmenté de poids. Elle ne suit aucun régime.

Obs. 154 (inédite). — *Ulcéro-cancer prépylorique*. (Examen histologique.) — F..., 54 ans. Souffre depuis 20 ans de l'estomac. Douleur tardive suivie de vomissements. A l'examen, pas d'ondes péristaltiques. — *Intervention* (22 janvier 1925) : Il s'agit d'un ulcéro-cancer prépylorique mobile facilement extirpable. Gastro-entéro-anastomose au bouton. 7 février 1925 : Gastrectomie. — *Examen histologique* : Néoplasme atypique infiltrant. Il est impossible d'affirmer qu'il est greffé sur un ancien ulcère. Mars 1926 : La malade écrit en s'excusant d'avoir « tardé à faire connaître le merveilleux

résultat » ; son poids a augmenté de 9 kilos, l'appétit et la digestion parfaite; ni douleur, ni vomissement. Elle ajoute : « Maintenant, je commence à vivre, c'est une résurrection après avoir tant souffert. »

Un fait qui a une importance particulière, c'est la reprise possible du travail et parfois d'un travail fort pénible. C'est bien le signe d'une excellente guérison et il est superflu d'insister sur ses conséquences sociales ou familiales.

L'Observation 130 et l'Observation qui suit offrent des exemples intéressants de malades ayant repris leur métier :

OBS. 151 (inédite). — *Néoplasme de la face antérieure du pylore*. — H..., 48 ans. L'affection a débuté il y a deux ans. Elle s'est manifestée essentiellement par des douleurs gastriques. — *Intervention* (15 avril 1924) : Tumeur au niveau de la face antérieure du pylore encore mobile pouvant être enlevée. Pas de ganglions. Gastrectomie. Billroth II. Suture à trois plans, difficiles, car l'exérèse va jusqu'à l'angle de la première et de la deuxième portion du duodénum. On les recouvre par de l'épiploon et on place un petit drain. Gastro-entéro-anastomose au bouton. — *Examen de la pièce* : La tumeur est largement dépassée : ulcération dure en pièce ou pastille ressemblant à un cancroïde de la face. 18 avril : Ablation du drain. Sorti guéri le 8 mai 1924. 12 novembre 1924 : Le malade écrit qu'il va bien, mange de tout. Rien ne le fatigue. Il n'a jamais eu de vomissements et a repris 4 kilos. Il a repris son travail comme auparavant. 4 avril 1926 : Le malade écrit que son poids s'est maintenu, qu'il continue à travailler et que ses digestions sont parfaites, quoiqu'il mange de tout.

L'amélioration observée après la gastrectomie dans des cas assez nombreux n'est pas complète. Certains

malades, par exemple, reprennent du poids, mais conservent des troubles digestifs plus ou moins marqués; d'autres, inversement, voient leurs symptômes gastriques disparaître, tandis que l'état général reste médiocre : il n'y a pas de reprise du poids. Chez certains malades on n'a qu'une amélioration très minime : le sujet reste dans un état très précaire. En voici un exemple :

OBS. 101. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Cancer du pylore sténosant*. (Examen histologique.) — H..., 41 ans. Troubles gastriques depuis six mois. Anorexie électorique pour la viande. Douleur une heure après l'ingestion à irradiations lombaires. Syndrome de sténose pylorique depuis trois semaines. On ne perçoit pas de tumeur. — *Première intervention* (25 juin 1913) : On trouve une tumeur mobile du pylore avec de nombreux ganglions. Gastro-entéro-stomie postérieure au bouton. On alimente rapidement le malade. — *Deuxième intervention* (5 juillet 1913) : Pylorctomie sans incident. Billroth II. Nombreux ganglions rétro et sous-pyloriques enlevés avec la tumeur. — *Suites opératoires* : parfaites; alimentation rapide; le malade quitte l'hôpital le 17 juillet 1913 en très bon état. — *Examen de la pièce* : Il s'agit d'un cancer du pylore sténosant formant une vaste ulcération à bords bourgeonnants; la tumeur a été dépassée (sur la pièce rétractée) de deux centimètres du côté du cardia et de sept centimètres du côté du duodénum. — *Examen histologique* (SANTY) : Le bord de l'ulcération est constitué par des néoformations, pseudo-glandulaires dont les cellules disposées en assises multiples, mais peu nombreuses, n'ont pas de tendance à infiltrer les tissus voisins. Un des ganglions prélevés à la limite de l'exérèse ne s'est pas montré histologiquement néoplasique. Mai 1926 : On apprend que le malade est décédé le 29 juillet 1914, sans avoir jamais pu reprendre son travail.

Cependant, ces cas sont moins nombreux que les

cas heureux et la règle est la disparition simultanée des symptômes généraux et fonctionnels pendant une période plus ou moins importante. Leriche, dans sa thèse, montre la grande amélioration des opérés, et Möller, en 1920, insistait sur l'excellent état des malades après leur intervention. Lefèvre montre ses malades transformés avec une rapidité prodigieuse,... heureux de vivre, pleins de force et de santé... Plus récemment, Lion insistait sur ce point, dans une communication à la Société de Gastro-Entérologie de Paris.

L'étude de cette période exempte de symptômes qui suit la gastrectomie a un intérêt très particulier. C'est elle qui représente un des éléments essentiels permettant de juger de la valeur des résultats éloignés obtenus par la gastrectomie. Nous voyons qu'ils sont remarquables au point de vue de la qualité. La durée de guérison est importante et surtout qualité et durée sont très supérieures à ce qui peut être obtenu par les opérations palliatives. La gastro-entéro-anastomose ne donne jamais d'aussi bons résultats, et ce fait est souligné par la plupart des auteurs qui ont étudié la question. Mayo conseille aussi de pratiquer la résection, même quand on est certain de ne pas enlever complètement les ganglions ; le résultat est ainsi très supérieur à celui de la simple anastomose. Nous avons vu que M. Delore a fait fréquemment des résections incomplètes.

Certes, nous ne devons pas oublier que tous ces résultats, si brillants soient-ils, ont abouti à la récurrence ; mais il faut surtout chercher à se représenter

ce que seraient devenus, les malades abandonnés à eux-mêmes ou opérés par simple gastro-entéro-anastomose.

Puisque la récurrence est malheureusement trop fréquente, et que la gastrectomie n'est bien souvent qu'une opération palliative, on peut dire qu'elle est très supérieure aux autres opérations de cet ordre, outre qu'elle laisse toujours l'espoir d'une guérison définitive.

CHAPITRE II

La récurrence.

La très grande fréquence de la récurrence donne un intérêt particulier à son étude, puisqu'elle est à peu près la règle après la gastrectomie. Tout d'abord, il convient d'établir sa fréquence exacte d'après les documents que nous avons à notre disposition. Dans les observations de M. Delore, nous avons trouvé que 85 % des cas guéris opératoirement depuis plus de trois ans ont présenté ultérieurement une récurrence. Nous considérons comme ayant récidivé les cas où une nouvelle tumeur a été constatée cliniquement ou opératoirement et les malades morts dans les années qui ont suivi, sans autre renseignement que la date de la mort.

A. — Extension du cancer sans période de rémission.

L'existence d'une récurrence suppose un arrêt dans l'évolution du cancer, arrêt qui est seulement appa-

rent, mais qui se traduit par la disparition, pendant un certain temps, des manifestations cliniques de la tumeur. Or, dans un certain nombre d'observations, nous avons vu que le malade paraissait n'avoir aucunement bénéficié de l'intervention. Manifestement, la tumeur a continué à évoluer. Il ne s'agit donc pas à proprement parler de récurrence. Les observations qui suivent peuvent être données comme exemple de ces cas :

Obs. 69. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920). — *Néoplasme juxta-pylorique*. (Examen histologique.) — F..., 61 ans. Début des accidents digestifs il y a onze ans. Depuis trois semaines, signes nets de sténose pylorique : vomissements alimentaires avec présence d'aliments ingérés la veille. A l'examen : Grande dilatation gastrique avec clapotage. Contractions intermittentes de l'estomac. Perception d'une tumeur dure et mobile à gauche de la ligne médiane. Amaigrissement prononcé, mais pas de cachexie. — *Intervention en deux temps* : 1° Le 15 novembre 1913 : Gastro-entéro-anastomose postérieure transnécrotique au bouton. 2° Le 26 novembre 1913 : Pylorogastrectomie avec suture séparée des tranches gastriques et duodénales. Pendant l'intervention, en tirant sur l'estomac, l'ouverture de la gastro faite précédemment s'est ouverte. On a été obligé de la refermer par trois plans de suture. Guérison opératoire. — *Examen histologique* : Tumeur juxta-pylorique de type nettement malin. Ganglions envahis. Décédée fin 1913. (Aucun autre renseignement).

OBS. 74. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920). — *Cancer du Pylore*. — F..., 49 ans. Entrée salle Sainte-Catherine le 11 novembre 1918 avec des signes de sténose pylorique prononcée. Ondes péristaltiques et clapotage très nets. Tumeur perceptible très mobile. — *Opération en deux temps*. 1° Le 12 novembre 1918 : Gastro-entérostomie au bouton. 2° Le

28 novembre 1918 : Pylorogastrectomie (Billroth II). La tumeur remonte très haut sur la petite courbure. Sort guérie le 14 décembre 1918. Avril 1926 : La famille de la malade écrit qu'elle est morte six mois après son opération sans avoir repris de poids, vomissant et souffrant toujours avec une cachexie de plus en plus accentuée.

Dans quelques cas, l'ablation avait été manifestement incomplète ; l'extension de la tumeur avait interdit à l'opérateur une résection passant en tissu sain, loin des zones infiltrées. Le compte rendu opératoire constatant l'exérèse incomplète faisait prévoir un médiocre résultats. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que l'extension néoplasique se soit poursuivie sans rémission notable. Citons les observations suivantes :

OBS. 58. — (PONCET et DELORE, 1905). — *Cancer du pylore et de l'antré*. — H..., 64 ans. Entré dans le service pour une tumeur épigastrique sans troubles fonctionnels si ce n'est de l'amaigrissement et de mauvaises digestions. — *Intervention* (1^{er} juillet 1904) : Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique au bouton. Pylorectomie. Billroth II. Au moment de l'exérèse, il fallut limiter l'étendue de la résection par suite de la situation du bouton, et cependant on avait cru établir l'origine de l'entérostomie aussi loin que possible du néoplasme. On fut également très gêné pour la suture du moignon gastrique. — *Suites opératoires* : Le malade sort le 21 juillet, tout vomissement avait disparu. Environ cinq mois après, on apprend la mort de l'opéré sans autre renseignement; elle était due, sans doute, à la continuation du processus cancéreux. — *Examen de la pièce* : Néoplasme du pylore et de l'antré pylorique. Ganglions dans l'épiploon gastro-hépatique, sous-pylorique et gastro-épiploïque; légères adhérences au mésocôlon transverse

OBS. 98. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Cancer prépylorique*. — H..., 54 ans. Depuis un an, amaigrissement de 15 kil.,

pas de vomissements. On sent une tumeur sous les fausses côtes gauches et son volume est tel qu'on a pu penser à un cancer du rein gauche. En raison de la mobilité, on pense faire l'extirpation. — *Intervention* (24 août 1911) : Gastropyloréctomie large. Billroth II (bouton). Suture à trois plans de catgut. Durée : une heure et demie. — *Suites opératoires* : Forts simples, après un lavage gastrique qui ramène du sang. En juin 1912, le malade est atteint d'une appendicite suppurée qui guérit par l'incision. — *Examen de la pièce opératoire* : Enorme cancer prépylorique encore mobile; il y a quelques ganglions coronaires et gastro-épiplœiques. En arrière, la tranche de section de l'estomac semble passer dans une zone envahie par le cancer. Autopsie le 19 février 1913. Estomac : on sent au palper une masse dure dans la région pylorique et à ce niveau l'estomac présente des adhérences à la face inférieure du foie. Après dissection, on voit que la portion pylorique est fermée et que le duodénum se termine en cul de sac. L'orifice de la gastro est perméable. Sur une largeur de paume de main, la muqueuse est infiltrée et un petit polype surmonte la partie malade. Le cancer va jusqu'à l'orifice de gastro en le respectant. Le dôme duodénal de fermeture est normal et souple. Pas de ganglions. Le bouton est dans l'estomac, l'action du suc gastrique ne l'a pas trop endommagé. Ulcérations tuberculeuses du grêle. Tuberculose pulmonaire. Infiltration du sommet gauche : caverne de la base. Tubercules disséminés dans tout le poumon gauche.

B. — Etude clinique de la récurrence.

Dans les cas où il y a vraiment récurrence, c'est-à-dire lorsque la maladie reprend sa marche et se manifeste cliniquement après une période silencieuse, les premiers signes annonçant la nouvelle extension de la tumeur sont très variables : La rapidité de leur apparition, leur importance est sans rapport avec l'import-

tance et la qualité de l'amélioration à l'intervention. Différents tableaux cliniques sont réalisés au moment de la repullulation. Dans le plus grand nombre de cas, ce sont des troubles gastriques qui annoncent la récurrence. Le malade, dont les digestions étaient normales, qui ne suivait aucun régime, présente des vomissements s'accompagnant fréquemment de douleurs au niveau du creux épigastrique. En général, les troubles gastriques sont en rapport avec une récurrence au niveau du moignon gastrique, le plus souvent sur la tranche de section. Bien souvent, ces vomissements traduisent une sténose de la bouche de gastro, sténose qui se complète plus ou moins rapidement, le malade finissant par ne plus pouvoir s'alimenter et l'état général déclinant alors rapidement. Citons trois observations comme exemples typiques de récurrence oblitérant la bouche de gastro :

OBS. 127. — (FELLMANN, 1920). — *Ulcéro-cancer du pylore*. H..., 50 ans. Début il y a deux ans et demi par de la diarrhée et des troubles digestifs. Depuis deux mois, vomissements rares et abondants, calmant la douleur. Malade peu amaigri, estomac très dilaté, péristaltisme très accusé, masse indurée à deux travers de doigts à droite de l'ombilic. Weber positif. Sténose pylorique nette. — *Intervention* (23 janvier 1920) : On trouve un noyau pylorique dû probablement à un ulcéro-cancer mobile sans ganglions appréciables. Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique à trois plans au catgut de trois à quatre centimètres de long très loin du pylore. 10 février 1920 : Pylorectomie. La tumeur pylorique est très dure, tout autour se trouvent quelques petits ganglions. Hémostase des épiploons un peu difficile. Duodénum profond et difficile à suturer. On le ferme avec quatre plans de suture. La tumeur produit un rétrécissement très serré

du pylore : probablement cancer. Novembre 1924 : On apprend que le malade est décédé le 11 juillet 1922 après avoir été amélioré et avoir repris du poids. Il semble que la tumeur ait récidivé au niveau de l'estomac donnant des signes de sténose de la nouvelle bouche.

OBS. 89. — (PONCET et DELORE, 1905). — *Cancer de l'antrum propagé au pylore.* (Examen histologique.) — F..., 44 ans. Troubles digestif remontant à six mois. Depuis trois mois, vomissements quotidiens. Amaigrissement. Tumeur mobile perçue à droite de l'ombilic. Estomac un peu distendu. Pas de sténose pylorique vraie. — *Intervention* (7 avril 1904) : Pyloréctomie typique Kocher. — *Suites opératoires* : Simples. La malade sort le 27 avril; l'état gastrique est excellent jusqu'en novembre 1904 où la malade recommence à vomir. Le 22 décembre, laparotomie; la tumeur a récidivé dans la tranche gastrique et a oblitéré le nouveau pylore; gastro-entérostomie postérieure au bouton. La malade meurt cachexiée le 30 mai 1905 sans avoir présenté à nouveau de la sténose. Donc récidive au bout de six mois; mort au bout de treize mois. — *Examen de la pièce* : Squirrhé fibreux très dur sans ulcération formant un cylindre rigide de huit centimètres de long occupant le pylore et l'antrum. Histologiquement (DOR) : Epithélioma glandulaire colloïde.

OBS. 90. — (PONCET et DELORE, 1905). — *Cancer du pylore.* — F..., 58 ans. Depuis deux mois et demi, vomissements avec hématémèses; amaigrissement, teint jaune paille, estomac dilaté, clapotage, ondes péristaltiques; tumeur mobile sur la ligne médiane. — *Intervention* (28 octobre 1904) : gastro-pyloréctomie, Kocher (bouton). — *Suites opératoires* : La malade sort le 16 décembre, engraisée de 3 kilos 500. En juillet 1905, va très bien. Les vomissements reparaissent le 1^{er} mars 1906. Mort le 6 avril 1906. A l'autopsie, récidive au niveau du nouveau pylore, le bouton est resté dans l'estomac. — *Examen de la pièce opératoire* : Tumeur du pylore à forme sous-muqueuse, sans ulcération appréciable. Toute la

surface interne de l'estomac est infiltrée, grenue, verruqueuse, avec de petites callosités. Ganglions le long de la petite et de la grande courbure.

Du reste, dans quelques cas, il a été possible de réintervenir, pour parer aux accidents de sténose et de donner aux malades une nouvelle période guérison (Delore et Dunet) :

OBS. 126. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920; DFLÔRE et DUNET, 1922). — *Cancer du pylore*. — H..., 54 ans. Entré dans une clinique de la ville pour troubles digestifs ayant débuté il y a quatre mois. Vomit chaque jour depuis un mois. Amaigrissement de 14 kilos. Tumeur perceptible au niveau du pylore. Clapotage. Ondes péristaltiques. Sténose nette. — 1° *Intervention* (10 mars 1919) : Gastro-entérostomie postérieure au bouton à 10 centimètres au-dessus de la tumeur. Celle-ci est encore mobile et peut être enlevée dans un second temps. 2° Le 27 mars 1919 : Gastro-pylorectomie large dépassant les limites de l'ulcération de cinq à six centimètres et ablation en un seul bloc des ganglions coronaires et sous-pyloriques. Hémorragie plutôt abondante. Suture des deux tranches avec trois plans de catgut. Sur la tête du pancréas, qu'on ne peut recouvrir, on laisse une petite mèche de gaze. La tumeur est une vaste ulcération occupant tout l'antrum et le pylore transformés en un canal dur, rigide. Janvier 1920 : L'opéré, vite guéri, est en parfaite santé. Il a repris ses occupations depuis le 20 avril 1919. Décembre 1920 : Une récurrence s'est produite sur la tranche gastrique et adhère à la cicatrice de laparotomie depuis quatre mois. Dans ces deux derniers mois, des vomissements sont apparus avec du clapotage et des ondes péristaltiques sur le rebord costal gauche. On voit et on sent à ce niveau l'estomac distendu. Laparotomie oblique sous-costale gauche coupant le muscle droit du côté gauche. Il existe un gros noyau gastrique adhérent à l'ancienne cicatrice de laparotomie médiane sous-ombilicale. Généralisation hépatique avec noyaux

épiploïques. En outre, infiltration cancéreuse du mésocôlon transverse oblitérant l'orifice de gastro-entérostomie. M. Délore pratique une gastro-entérostomie antérieure précôlique à la suture et à trois plans de catgut. Le 20 décembre : vomissements d'abord bilieux, puis noirâtres. L'état paraît désespéré, on fait trois lavages gastriques qui font rapidement cesser ces accidents. Le 2 janvier 1921, l'opéré rentre chez lui, il ne vomit plus. Les suites furent favorables; cet homme, très énergique, put reprendre quelques occupations dès février 1921 et les continua jusqu'à la veille de sa mort qui survint brusquement à la fin de décembre 1921, c'est-à-dire près d'un an après la deuxième gastro-entérostomie.

OBS. 133. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Ulcéro-Cancer de la paroi antérieure de l'estomac avec biloculation gastrique.* (Examen histologique.) — F..., 28 ans. Troubles digestifs depuis cinq ou six ans, amaigrissement, douleurs épigastriques. Les vomissements étaient fréquents, mais depuis trois mois on sent une tumeur mobile paraissant adhérente à la paroi abdominale au niveau du muscle grand droit du côté gauche. — *Intervention* (4 décembre 1911) : Le muscle est pénétré par l'ulcération jusqu'à l'aponévrose superficielle et tout autour les fibres musculaires sont enflammées. L'ulcère est enlevé avec la zone de la paroi abdominale qui est envahie. Il y a quelques petits ganglions coronaires légèrement indurés. Après l'exérèse de l'ulcère, l'estomac est divisé en deux portions : cardiaque plus grande, pylorique plus petite, réunies par un pont de muqueuse de la largeur de deux travers de doigt et situé sur la grande courbure. Ce pont de muqueuse est enlevé et l'on termine par une anastomose bout à bout des deux tranches cardiaque et pylorique avec deux plans de catgut en arrière et trois en avant. Il s'agit, en somme d'une résection médio-gastrique, suture totale de la paroi. — *Examen histologique* : Epithélioma typique d'allure bénigne. — *Suites opératoires des plus simples.* En juillet 1912, l'opérée écrit qu'elle se porte parfaitement bien. La guérison s'est maintenue jusqu'en 1915; en octobre 1915, reprise des douleurs qui s'accroissent en juillet 1916. —

Radioscopie : Estomac biloculaire, récurrence d'ulcère de la petite courbure. 17 juillet 1916 : Nouvel estomac biloculaire médiogastrique avec rétrécissement très serré. Résection de la poche inférieure et de la biloculation. On termine en faisant un Kocher. — *Suites opératoires des plus simples* : Guérison. — *Examen histologique* : Epithélioma typique d'allure bénigne.

Il n'est du reste pas toujours absolument certain que le rétrécissement soit néoplasique ou du moins que le néoplasme y joue le rôle essentiel : on peut observer un rétrécissement de la bouche anastomotique surtout cicatriciel, inflammatoire. M. Delore en a rapporté quelques cas, avec MM. Michon et Pollosson.

L'ascite est un symptôme très fréquemment observé. Elle peut attirer en premier lieu l'attention, s'installant à bas bruit, ou être révélée par l'examen clinique provoqué par l'apparition de symptômes d'un autre ordre, une tumeur par exemple. Ce fut le cas pour le malade de l'observation suivante :

OBS. 117. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909). — *Cancer de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac.* (Examen histologique.) — H..., 52 ans. Depuis six mois environ, troubles gastriques, digestions pénibles, mais jamais de vomissements ni de mélæna; amaigrissement rapide, mais surtout anémie très intense. Pas de dilatation gastrique, pas de péristaltisme; on ne sent pas de tumeur. — *Intervention* : 1° 26 décembre 1908 : Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocôlique très haute (bouton). — *Suites opératoires* : Bonnes, l'état général et surtout l'anémie s'améliorent très rapidement, le malade s'alimente dès le cinquième jour. 2° 15 janvier 1909 : Pyloro-gastrectomie, opération simple, il s'agit d'une tumeur de la face postérieure non adhérente.

Le décollement pancréatico-duodénal se fait facilement, enfouissement du moignon duodénal. — *Suites opératoires* : Beaucoup plus simples que celles de la gastro-entérostomie primitive. Le malade s'alimente au cinquième jour et reprend rapidement des forces. Il part chez lui le vingtième jour après la résection. — *Examen de la pièce* : Tumeur végétante occupant la face postérieure et la petite courbure empiétant un peu sur l'autre, forme végétante en chou-fleur, pas d'ulcérations. Histologiquement : Epithélioma glandulaire atypique. — *Suites éloignées* : Est resté guéri jusqu'en mai 1911. A cette époque, on sent une tumeur et de l'ascite. Décédé en août 1911.

Chez ces malades, on le voit, l'examen clinique avait révélé une tumeur et de l'ascite. C'est en effet un symptôme fréquemment observé, soit comme signe d'envahissement du péritoine, soit comme conséquence de la compression par les masses néoplasiques ganglionnaires ou hépatiques, voire même de l'oblitération de la veine porte, comme dans l'observation suivante :

OBS. 96. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Cancer prépylorique*. — H., 57 ans. Troubles gastriques remontant à quelques mois. Depuis cinq à six semaines, vomissements fréquents, souvent noirâtres, ondes stomacales péristaltiques. L'anémie et la pâleur sont accentuées. Grosse tumeur épigastrique. — *Intervention* : Premier temps : 28 juillet 1910 : Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique à trois plans de suture à la soie. Deuxième temps : 17 août 1910 : Gastrectomie. Billroth II, large avec trois plans de suture à la soie sur les tranches gastrique et duodénale. — *Suites opératoires* : Fort simples. Après le premier temps, on constate l'apparition d'un œdème accentué des membres inférieurs qui disparaît après la seconde intervention. L'opéré vécut dans un état de santé excellent jusqu'en 1912. — *Exa-*

men de la pièce : Cancer prépylorique mobile avec adénopathie également mobile. 5 juin 1912 : Ce malade est venu se faire soigner dans le service du Docteur Devic. Vingt et un mois après l'intervention, mort par récurrence de la tumeur sur la tranche gastrique. La guérison a été complète pendant dix-neuf mois; l'appétit était revenu, le malade a engraisé, les douleurs avaient complètement disparu. Une fois la récurrence en évolution, la cachexie a fait de rapides progrès; le foie a augmenté de volume considérablement en huit jours. — *Autopsie* : Récurrence sur la tranche gastrique et sur la face postérieure du moignon de l'estomac. Noyaux dans le foie. L'un de ces noyaux a formé dans la veine porte un bouchon cancéreux avec autour de lui un caillot organisé obstruant la branche droite du vaisseau.

De plus, cette observation nous montre à la fois une récurrence gastrique et une récurrence hépatique. La tumeur peut donc se manifester à nouveau et en même temps par des métastases et une récurrence *in situ*. Dans l'observation 59, il y avait à la fois récurrence sur le foie et le moignon gastrique. A côté des troubles digestifs et de l'ascite, comme symptômes de récurrence, on observe fréquemment l'ictère. Cet ictère est en rapport, en règle générale, avec une métastase hépatique. Mais, tout en traduisant une récurrence, ce syndrome peut ne pas être dû au développement de noyaux néoplasiques dans le foie. Une masse ganglionnaire peut comprimer la voie biliaire et entraîner un ictère par rétention, typique.

L'observation suivante, où l'autopsie a permis de déterminer la cause de l'ictère et le siège exact de la récurrence est particulièrement intéressante à cet égard :

OBS. 59. — (PONCET et DELORE, 1905). — *Cancer de l'antrum pylorique*. (Examen histologique.) — H..., 53 ans. Depuis un an environ, troubles gastriques : regurgitations. Depuis cinq semaines : douleurs épigastriques, amaigrissement. Jamais de vomissements ni d'hématémèse. Petite tumeur mobile au creux épigastrique. Estomac non distendu. Diminution de l'acidité stomacale. — *Intervention* (2 octobre 1904) : Pylorectomie. Kocher. — *Suites opératoires* : Le malade sort le 16 novembre ayant déjà engraisé de 2 kilos; appétit excellent; en excellent état le 15 mai 1905, sept mois après l'intervention. Le 27 juin 1905, le malade revient à la clinique se plaignant de vomir. On sent une induration au niveau du foie. Le 28 juin : Gastro-entérostomie postérieure; il n'y a pas de récurrence dans la tranche de section, on croit qu'il s'agit de périhépatite. Amélioration, puis en août, ictère. Mort le 18 août. On trouve au niveau du hile du foie un gros paquet de ganglions néoplasiques (examen histologique positif) ayant comprimé l'hépatique. Survie de 10 mois. — *Examen de la pièce opératoire* : Tumeur de l'antrum s'avancant vers le pylore; ulcération cratériforme à bords indurés. — Histologiquement (Dor) : Epithélioma glandulaire colloïde.

L'aspect clinique de la période de récurrence peut être encore différent : les trois grands syndromes, gastrique, ascitique et ictérique, ne sont pas seuls à considérer. D'abord, même quand l'un d'eux existe, il peut avoir été précédé par un autre symptôme révélateur de la récurrence. C'est le cas des observations 59 et 96, et il est fréquent que le malade revienne trouver son médecin, préoccupé qu'il est par l'apparition d'une nouvelle grosseur au niveau de l'épigastre ou de l'hypocondre droit : tumeur du moignon gastrique, masse ganglionnaire ou hépatique, dans la plupart des cas : il est souvent difficile de déterminer sa nature et son siège. Nous avons cité quelques

observations intéressantes à cet égard, l'Observation 59 en particulier.

Ces divers aspects cliniques se compliquent de deux éléments qui appartiennent d'une façon à peu près constante au tableau clinique de la récurrence néoplasique après résection. Ce sont les douleurs et l'atteinte profonde de l'état général. Les douleurs peuvent constituer le symptôme révélateur de la récurrence, c'est fréquent, en particulier lorsque la récurrence est gastrique. Elles peuvent également apparaître plus tardivement, alors c'est la règle. Dans presque toutes les lettres reçues des familles, il est question de souffrances atroces qui ont précédé la mort du malade. Dans quelques cas cependant, la mort survient sans douleurs bien manifestes. La malade de l'Observation 135, bien qu'elle ait fait une récurrence hépatique, « est morte sans souffrances », a écrit sa famille.

Ce sont des malades dont l'état général s'altère de plus en plus. L'amaigrissement, l'asthénie peuvent commencer la série des symptômes, et révéler l'existence de la nouvelle tumeur ; mais on voit parfois des malades qui viennent consulter leur médecin pour la première fois depuis l'intervention avec des signes de généralisation avancés ; par exemple le malade de l'Observation 131 travaillait encore comme maçon, alors qu'il avait déjà de l'ascite et une récurrence inopérable. D'ailleurs, si l'état général peut être assez bon, malgré une récurrence déjà cliniquement décelable, il finit toujours par être profondément atteint et les malades meurent à peu près constamment dans un état de cachexie avancée.

C. — Etude anatomique de la récidence.

Cette étude clinique nous a montré la fréquence des symptômes gastriques traduisant l'envahissement de la tranche de section : c'est là, en effet, que la tumeur réapparaît le plus souvent. C'est l'opinion de Leriche qui, dans sa thèse, donne le chiffre de 62,4 % de récurrences locales. Nous avons trouvé le chiffre de 47,6 %, et si on groupe dans les récurrences locales les récurrences gastriques et celles qui se font dans la paroi, nous obtenons le chiffre de 55 %. D'ailleurs, ce chiffre exact importe peu : ce qui est certain c'est que la récurrence sur l'estomac est la plus fréquente. La plupart des auteurs partagent cette opinion. Hartmann la confirmait récemment encore.

Ce fait explique que tous les chirurgiens insistent sur la nécessité de faire des interventions complètes et de faire passer les tranches de section à une bonne distance des régions infiltrées, en plein tissu sain. Après les récurrences *in situ*, les plus fréquentes siègent dans les ganglions, sur le foie, dans le péritoine. Les auteurs ne sont pas d'accord sur leur fréquence respective. Leriche croit les métastases viscérales plus fréquentes que les récurrences ganglionnaires. Möller fait des ganglions le siège le plus fréquent de la repullulation épithéliale. Hartmann trouve plus fréquemment des généralisations au péritoine.

Les divergences d'opinion des auteurs nous paraissent dues à ce fait qu'on détermine le siège de la récurrence d'après des signes cliniques, l'autopsie n'étant faite que d'un nombre restreint de cas. Or, nous

avons vu que les signes cliniques n'indiquent pas toujours — sauf pour l'estomac — le siège précis de la récurrence. Pour l'ictère en particulier, nous avons montré qu'il pouvait être dû à toute autre chose qu'à des noyaux hépatiques.

Nous avons déterminé ainsi l'ordre de fréquence du siège de la nouvelle formation néoplasique : d'abord les noyaux hépatiques traduits le plus souvent par de l'ictère, parfois simplement perçus à la palpation. La généralisation péritonéale est un peu moins fréquente que la précédente. Voici un cas de récurrence au niveau du Douglas, qui a nécessité un anus iliaque. Une autre fois, on a fait cliniquement le diagnostic de tumeur épiploïque.

OBS. 114. — (PONCET et DELÔRE, 1905). — *Cancer de l'antre*. (Examen histologique.) — H..., 69 ans. Depuis six ans, troubles gastriques; depuis un an : anorexie, douleurs, amaigrissement. Pas de vomissements. Induration diffuse de l'hypochondre gauche, pas de dilatation gastrique. — *Intervention* (3 février 1904) : Pas de lavage préalable. Anesthésie discontinue au Billroth. Billroth II (bouton). Adhérences avec le pancréas dont il faut réséquer un peu de tissu. On laisse un petit drain. — *Suites opératoires* : Simple cicatrisation en quinze jours ; le malade quitte le service le 17 mars; état excellent en juillet 1905. Récurrence en décembre 1905, sous forme d'un noyau péritonéal au niveau du Douglas vérifié par une laparotomie exploratrice (décembre 1905). Anus iliaque. Mort le 7 février 1906. Survie de deux ans et trois jours. — *Examen de la pièce* : Ulcération circulaire à bords calleux très profonde prépylorique, adhérence antérieure; en arrière, envahissement du tissu pancréatique. Diagnostic histologique (Paviot) : adénome polypeux. Dans la sous-muqueuse apparaissent des boyaux épithéliaux qu'on retrouve en plein muscle gastrique. Ces mêmes boyaux avec des boules de mucus démontrent la malignité de cet adénome.

OBS. 62. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Cancer de l'antrum pylorique*. (Examen histologique.) — F..., 41 ans. Troubles gastriques depuis six mois; jamais de vomissements; léger amaigrissement. Le docteur Bouveret a senti une tumeur mobile près de l'ombilic avec tension gastrique. — *Intervention* (8 février 1911) : Gastrectomie large. Billroth II (bouton), sutures à trois plans de catgut. — *Examen de la pièce* : La tumeur est représentée par un petit ulcère dont le pourtour forme une auréole rougeâtre. La tumeur est bien dépassée du côté du duodénum; vers l'estomac, il existe à la partie moyenne de la section de la face antérieure une zone suspecte. — Histologiquement : cancer colloïde. — *Suites opératoires* : parfaites. L'opérée retourne chez elle au bout de dix-huit jours. Le 27 décembre 1911, elle revient avec un énorme paquet cancéreux périombilical développé probablement aux dépens de l'épiploon. Légère ascite. Pas de douleurs, pas de vomissements. Un peu d'amaigrissement. La malade digère encore à la condition de manger peu à la fois.

Les récidives ganglionnaires sont bien moins nombreuses (7 % seulement). Il est bien entendu que cette proportion faible ne préjuge en rien de l'importance réelle du système lymphatique dans la récidive du néoplasme gastrique ; il n'est question là que de masses ganglionnaires nettement indépendantes du moignon stomacal ; il est bien probable que, dans la récidive gastrique, les ganglions et les lymphatiques jouent un rôle important.

Citons encore une observation avec apparition d'un noyau néoplasique au niveau du côlon transverse.

OBS. 82 (inédite). — *Néoplasme de la petite courbure et de la face antérieure*. — F..., 43 ans. Troubles gastriques anciens. Depuis six mois, amaigrissement. Il y a trois mois, grande hématomatose avec méléna. Grosse tumeur douloureuse à gauche de la ligne médiane. Pas de signe de sténose pylo-

rique. — *Intervention* (27 octobre 1922) : Il s'agit d'une tumeur de la petite courbure à la partie moyenne de l'estomac, créant une véritable biloculation et adhérente à la paroi abdominale antérieure. A ce niveau, on sent l'induration, la tumeur est complètement perforée et la perforation est bouchée par l'épiploon et la paroi. Devant l'impossibilité de faire une gastro-entérostomie préalable, on se décide à faire une résection. Libération et désinsertion de la tumeur grâce à un prolongement de l'incision médiane du côté gauche. Puis une fois abordée, on le désinsère brusquement et on peut attirer en dehors l'estomac. Gastrectomie très large. On rétablit la continuité par un Péan : anastomose gastro-duodénale termino-terminale. Suture de la paroi sans grande difficulté grâce à l'absence de résection du péritoine et des plans de la paroi. Sur la coupe : tumeur de la petite courbure et de la face antérieure perforée au centre. La perforation est bouchée par la paroi abdominale. Nombreux ganglions autour de la tumeur. Le 9 avril 1923, *nouvelle intervention* : A la face profonde de la paroi on trouve une adhérence du côlon transverse avec la paroi. On en résèque sept à huit centimètres. Suture termino-terminale à trois plans de catgut. A l'inspection de l'intestin, on constate qu'il existe un noyau qui pénètre dans la lumière intestinale. La suture de la paroi est difficile, en particulier celle du péritoine. On arrive en combinant la suture au crin et au catgut. Ni drain, ni mèche. La malade est décédée chez elle huit jours après son retour de l'Hôtel-Dieu.

Les récidives dans la paroi abdominale ont été notées dans quelques cas. Hartmann pense qu'il peut se produire un essaimage des cellules néoplasiques au cours de l'intervention, il en conclut à la nécessité de grandes précautions pendant l'opération, pour éviter ces greffes néoplasiques aussi bien dans la paroi que dans le péritoine. Citons quelques exemples de ces récidives pariétales :

OBS. 111 (inérite). — *Ulcéro-Cancer perforé*. (Examen histologique.) — H..., 41 ans. L'affection a débuté il y a un an. Douleurs sans vomissements. On perçoit une tumeur grosse comme une châtaigne à gauche de l'ombilic. Radioscopie : Pas d'images lacunaires. — *Intervention* (11 juillet 1922). Il s'agit d'une adhérence antérieure d'un ulcéro-cancer adhérent en arrière du grand droit gauche. On débride à gauche, ce qui permet de décoller l'ulcère dont le fond est constitué par la paroi abdominale. On ne résèque pas ce fond d'ulcère pour mieux reconstituer la paroi abdominale antérieure. La tumeur est relativement mobile. Résection. (Billroth II) dépassant assez largement les limites de la tumeur. Il y a d'énormes ganglions sous et rétro-pyloriques. L'estomac est mince ainsi que le duodénum. Suture à trois plans au catgut. Gastro-entérostomie au bouton. Contre le fond de l'ulcère, on colle l'épiploon et on le suture pour éviter la diffusion d'une péritonite. Drain; suture de la paroi. — Examen histologique (Dunet); Epithélioma atypique diffus. Suites sans incident. Le 6 septembre 1923 : Le malade revient dans le service : généralisation à la paroi. Fistule. Cachexie extrême. On faisait de la radiothérapie sur la tumeur. Décès le même jour, à 16 heures.

OBS. 63. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Ulcéro-Cancer pré-pylorique*. (Examen histologique.) — F..., 38 ans. Vomissements fréquents. Clapotage. Ondes péristaltiques. Sténose pylorique. Tumeur épigastrique. — *Intervention* (18 février 1911). Gastrectomie. Billroth II (bouton), suture à trois plans. La tumeur est enlevée en bloc avec de gros ganglions rétro et sous-pyloriques adhérents au pancréas et au mésocôlon transverse, mais on conserve les artères du mésocôlon. Péritonisation minutieuse. La tumeur est très largement dépassée. Histologiquement : Epithélioma glandulaire. — *Suites opératoires* : Il y a de la température causée par un hématome de la paroi. Après son évacuation et son drainage, guérison. Départ de l'hôpital le 6 avril 1911. 2 décembre 1911 : Le Docteur Allemand écrit que le malade souffre et présente une induration de sa cicatrice; on doit craindre une récidive.

OBS. 65. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Cancer gastrique mobile*. — H..., 45 ans. Présente depuis plusieurs années des troubles gastriques qui sont devenus continus depuis un an. Douleurs tardives avec vomissements. Ni hématomé, ni méléna. Bon état général, peu d'amaigrissement, un peu de subictère. Tumeur mobile de la grosseur d'une noix presque dans la région épigastrique. Tension intermittente; pas d'ondes péristaltiques. Clapotage bien perçu. — *Intervention* (30 avril 1912) : Gastrectomie. Billroth II. Les ganglions pyloriques, les adhérences au pancréas, l'envahissement de la chaîne coronaire rendent l'intervention difficile et longue. Hémostase difficile. — *Suites opératoires* : La malade garde une température élevée, au-dessus de 39° pendant une dizaine de jours (pneumonie). Ensuite, la température est devenue normale. Le malade quitte le service un mois après l'intervention. Récidive dans la paroi abdominale en décembre 1912.

Enfin, nous avons déjà signalé, en étudiant l'aspect clinique des récurrences, combien il était fréquent d'en observer siégeant sur plusieurs organes différents. Les Observations 112 et 132 sont caractéristiques à cet égard.

En somme, cette étude de la récurrence des cancers après gastrectomie nous montre qu'elle se produit sans que rien, dans la période qui précède, permette de prévoir sa date, son siège ou sa durée. Elle siège le plus souvent au niveau du moignon gastrique, où elle se manifeste fréquemment par une sténose. L'ictère, la perception d'une tumeur et d'ascite sont également fréquents, traduisant une généralisation au foie, au péritoine ou une récurrence ganglionnaire avec, assez souvent, extension de la tumeur en deux zones différentes,

La récédive une fois installée conduit plus ou moins rapidement le malade à la mort, avec des symptômes variables mais où manquent bien rarement de grandes douleurs et un déchéance profonde de l'état général.

CHAPITRE III

Guérison définitive.

La proportion importante de récidives ne doit pas nous faire négliger la question de la guérison du cancer de l'estomac par l'opération radicale.

Pour beaucoup de chirurgiens et de médecins, cette guérison est presque un mythe, tellement elle est rare, et c'est l'argument principal des détracteurs de la gastrectomie au profit des interventions palliatives.

Nous avons cherché, dans la série des observations de M. Delore, et nous en avons rassemblé un certain nombre, qui sont des guérisons incontestables de cancer par la gastrectomie.

A. — Critérium de la guérison.

Et d'abord, quand peut-on parler de guérison ? Nous savons que les premiers mois après l'intervention sont souvent marqués par une véritable résurrection du malade, qui prend du poids, des forces, et

a l'illusion d'être définitivement revenu à la santé. Il faut donc une période assez longue pour être autorisé à parler de guérison. Le chiffre qu'il faut fixer pour la durée de cette période a été très variable, suivant les auteurs. Maydl admettait qu'après deux ans, un malade était guéri. Bressot, dans sa thèse, admet la nécessité de deux ans et demi. En réalité, le laps de temps indiqué par ces auteurs est certainement insuffisant ; de nombreuses récurrences ont encore lieu au cours de la troisième année. La statistique des opérés de M. Delore en comporte un nombre important. Même après trois ans, les récurrences s'observent encore et, dans certains cas, elles sont extraordinairement tardives. Czerny, cité par Leriche, a vu une récurrence après neuf ans. Lion en cite qui se sont produites 6 ans, 7 ans et 9 ans après la résection. Olivier rapporte le cas d'un opéré de Gouilloud, dont la tumeur se manifesta à nouveau sept ans après l'intervention. Möller a vu des récurrences après plus de cinq ans, et Daneel au bout de neuf ans et demi. Dans les opérés de M. Delore, deux malades ont récidivé après un temps de guérison apparente remarquablement long : la malade de l'Observation 135 est morte de récurrence six ans et trois mois après l'intervention. Voici l'observation du deuxième opéré :

OBS. 130. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909). — *Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — H..., 28 ans. Depuis dix-huit mois : troubles gastriques (pesanteur). Le malade se fait vomir lui-même. Peu à peu, les vomissements spontanés se présentent tous les deux jours environ et sont souvent alimentaires. A l'examen : ondes péristaltiques, tumeur dure

dans la région pylorique, rétention manifeste confirmée par le lavage. — *Intervention* (12 octobre 1905) : Pyloro-gastrectomie, Billroth II (bouton). Il s'agit d'une tumeur pylorique non adhérente, dont l'extirpation est facile. — *Suites opératoires* : légère supuration des fils de la paroi. Eventration le 26 octobre 1905 à la suite d'efforts de toux; l'anse intestinale anastomosée à l'estomac est expulsée à l'extérieur, avec une partie du côlon transverse et de la face postérieure de l'estomac. Le lendemain, on réduit, et on met quelques fils métalliques. Le 30 octobre, fistule gastrique située au niveau de la petite courbure, le malade se cachectise. Le 1^{er} novembre, on essaie de la fermer par quelques points de catgut. La fistule se ferme le 15 novembre. Actuellement, trois ans et demi après l'intervention, le malade, que l'un de nous voit journellement, est en excellent état de santé. Il digère admirablement et exerce le métier très pénible de garçon boucher. — *Examen de la pièce opératoire* : Tumeur pylorique très localisée, longue de quatre centimètres, sans réaction péritonale, avec quelques petits ganglions pyloriques. Histologiquement (Paviot) : Linite plastique cancéreuse. Les ganglions sont simplement inflammatoires. Le malade est décédé de récurrence en 1911, après six ans de survie.

Ces cas de récurrence très tardive ne sont pas exceptionnels et on en trouve un nombre assez considérable, dont l'histoire a été rapportée dans la littérature; elle a frappé tous les observateurs. D'un point de vue absolu, à considérer ces faits, il faudrait renoncer à fixer le délai nécessaire pour affirmer la guérison. Et cependant, elle est possible, et cela complètement, définitivement. Voici une malade morte très âgée, vingt ans après sa gastrectomie, sans avoir jamais récidivé :

OBS. 137. — (PONCET et DELORE, 1905). — *Cancer de l'antrum*. (Examen histologique.) — F..., 61 ans. Depuis six mois, dou-

leurs vives au niveau du creux épigastrique, dégoût marqué pour la viande, amaigrissement. Jamais de vomissements, d'hématémèse ni de mélæna. Depuis deux mois, tumeur au creux épigastrique. — *Intervention* (20 mai^e 1903) : Anesthésie discontinue. Pyloro-gastrectomie, Billroth II (gastro-entérostomie postérieure précôlique au bouton), mèche au contact de la tranche duodénale. Durée, 65 minutes. — *Suites opératoires* : La malade sort guérie au bout de vingt jours; au moment de l'ablation de la mèche, il s'est produit une petite fistule duodénale qui s'est rapidement oblitérée. Actuellement, six ans après l'intervention, la malade est en excellente santé, elle mange de tout et se livre à un travail très pénible malgré ses 67 ans. — *Examen de la pièce* : Tumeur de l'antra constituée par une large ulcération à bords calleux. Histologiquement : Epithélioma glandulaire (Dor). La malade a été revue guérie en 1922. Est morte en 1924, âgée de 84 ans.

Certes, il faut être très exigeant pour parler de guérison, et deux ans, même deux ans et demi, nous paraissent insuffisants ; d'un point de vue absolu, le délai de trois ans est également insuffisant; mais, en pratique, un malade qui a dépassé la troisième année en parfaite santé, a de très fortes chances d'être guéri définitivement, et cette probabilité augmente progressivement jusqu'à la sixième année, qui nous semble le délai extrême des récidives exceptionnellement tardives. Sans nous illusionner sur sa valeur réelle et avec beaucoup d'auteurs, c'est ce délai de trois ans que nous adoptons comme criterium pratique de guérison.

Sur les 13 malades dont les observations sont relatées dans ce chapitre, 4 seulement se trouvent encore dans cette période quelque peu incertaine, qui s'étend de la troisième à la sixième année.

Un autre point très important, c'est la nature de la lésion qui a nécessité l'ablation de l'estomac. Certaines tumeurs, très rares au niveau de l'estomac, et bien moins graves que le cancer, peuvent être prises pour un épithélioma, et une guérison prolongée portée à tort à l'actif de la gastrectomie. L'observation suivante, qui avait été publiée comme cancer, en est un exemple :

OBS. (1). — (DELORE et SANTY, 1914). — F..., 45 ans. Début de troubles digestifs il y a huit ans par des vomissements non alimentaires. En avril 1913, violentes douleurs à nouveau deux heures après le repas. A l'examen : grand estomac avec clapotage et péristaltisme gastrique très net. A droite de la ligne médiane, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, petite tumeur très mobile, fuyant sous la main. — *Intervention* (20 octobre 1913) : On trouve sur la face inféro-antérieure du pylore une tumeur du volume d'une grosse noisette, sans aucun ganglion, sans adhérences. Pylorectomie. Billroth II (bouton). — *Suites opératoires* : Remarquablement simples dès les tout premiers jours, alimentation très précoce. La malade se lève le onzième jour et quitte le service le quinzième jour (17 octobre 1913). — *Examen de la pièce* : macroscopiquement, il s'agit d'un noyau qui paraît sous-muqueux, occupant le siège exact du pylore et d'aspect néoplasique. Ce noyau est très largement dépassé du côté du cardia et du duodénum. — *Examen histologique* (Santy) : Montre que la tumeur est tout entière constituée par un tissu fibro-myomateux indiscutable, qui semble né au niveau du pylore. La muqueuse pylorique est altérée au niveau de la tumeur et présente des lésions, disparition des glandes, épithélium desquamé par place qui paraissent d'ordre mécanique. Mars 1926 : La malade est actuellement en bonne santé.

(1) Bien entendu cette observation n'est pas comprise dans la statistique de M^r DELORE puisqu'il ne s'agit pas d'un épithélioma.

D'autre part, la nature d'une ulcération est souvent très difficile à déterminer à l'examen macroscopique : ulcus simple ou ulcéro-cancer ? On ne peut pas toujours résoudre la question, même avec une grande expérience. Un certain nombre de guérisons peuvent évidemment être considérées comme douteuses, en l'absence de test histologique. En voici quelques observations :

OBS. 146. — (DELORE et GUILLEMINET, 1920). — *Gros ulcéro-cancer pylorique*. — H..., 52 ans. Douleurs depuis près d'un an, vomissements. Pas d'hématémèse. Signes de sténose pylorique nette, rétention gastrique : opération en deux temps : 1° 10 août 1917 : Gros ulcéro-cancer du pylore adhérent au mésocôlon transverse. Serait extirpable. On préfère faire l'exérèse dans un mois ou deux. Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique à la suture. 2° Le 8 octobre 1917 : Le malade est revenu en excellent état. Pyloro-gastrectomie facile. Ulcéro-cancer presque pylorique des dimensions d'une pièce de 2 francs. Guérison. Sort le 29 octobre 1917. Mars 1926 : Le malade écrit : « Je pesais en sortant de la clinique 55 kilos; après neuf ans, c'est-à-dire depuis 1917, je pèse 70 kilos et me porte très bien. Je mange et bois n'importe quoi, ma digestion est très bonne, je ne vomis jamais et me porte très bien malgré un travail quotidien très pénible : dix heures par jour comme chauffeur dans une usine. »

OBS. 147. — (FELLMAN, 1920). — *Ulcéro-cancer de l'estomac*. — H..., 48 ans. Sténose pylorique relativement récente avec passé gastrique très ancien. Vomissements continus. — *Intervention en deux temps* : 1° 4 septembre 1917 : cancer très serré mais encore mobile. Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique au bouton. 2° 26 octobre 1917 : Pylorectomie. Tumeur largement dépassée. Trois plans de suture sur l'estomac, deux sur le duodénum. Ulcéro-cancer avec usure presque complète des adhérences. Quelques gan-

glions rétro-pyloriques. Avril 1926 : Le malade écrit : « Depuis mon opération, je pèse 81 kilos, j'ai très bon appétit, je digère normalement, je n'ai jamais vomi; en ce moment je ne souffre absolument pas. »

OBS. 149 (inédite). — *Ulcéro-cancer de la petite courbure étendu au pylore*. — F..., 52 ans. Depuis cinq ans, douleurs tardives avec regurgitations. Hématémèses. Evolution intermittente. Amaigrissement. Vomissements aqueux et alimentaires. A l'examen, clapotage, tension intermittente, péristaltisme, induration au niveau de l'ombilic. Radioscopie : Estomac en cuvette descendant au-dessous du pubis. La baryte s'évacue par le pylore par un mince filet. — *Intervention* : Premier temps : 27 avril 1922 : Ulcéro-cancer de la petite courbure ayant gagné le pylore et provoqué une sténose pylorique. Grand estomac très épaissi. Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique au bouton. La tumeur peut être enlevée. Dans un deuxième temps : gros ganglions rétro-pyloriques. Le 15 mai 1922 : La tumeur s'est mobilisée; les adhérences au foie sont moins considérables. Malheureusement, il y a d'énormes ganglions coronaires et rétro-pyloriques très profondément situés. L'ablation ne paraît pas être justifiée. On referme. Il s'agit d'un ulcéro-cancer. Le 16 mai : *Nouvelle intervention* : Gastro-pylorectomie large, sans incident, avec suture des deux tranches à trois plans de catgut. La suture duodénale est même renforcée par un quatrième plan. La tumeur, un ulcéro-cancer prépylorique, est même très largement dépassée, soit du côté du duodénum, soit du côté de l'estomac. Les adhérences qui existaient lors de la première intervention ont beaucoup diminué. Bonnes suites opératoires. Novembre 1924 : La malade a pris 17 kilos depuis son opération, digestions normales, douleurs disparues. Avril 1926 : La malade est toujours en excellent état.

OBS. 144 (inédite). — *Néoplasme prépylorique étendu au pylore*. — H..., 58 ans. On fait le diagnostic du néoplasme de la petite courbure et sténose du pylore. — *Intervention*

(29 janvier 1916) : On trouve un cancer prépylorique avec extension au pylore. Gastrectomie. Billroth II correctement. La tumeur est largement dépassée. Il existe des ganglions gastro-épiploïques, coronaires, stomachiques, qui ne sont pas dépassés complètement. Macroscopiquement, la tumeur est un cancer consécutif à un ulcère moyen. Mai 1926 : Le maire de la commune où habitait le malade écrit que celui-ci est actuellement gardien de cimetière dans le Nord.

En effet, pour parler de guérison à la suite d'une opération pour cancer, il est nécessaire d'avoir la preuve faite par un examen histologique qu'il s'agissait bien de cancer. Dans la statistique de M. Delore, nous n'acceptons comme guérisons définitives que les cas où un examen histologique avait été pratiqué. A la base même de notre statistique, nous l'avons vu, a été placé l'examen histologique, et il serait superflu de nous étendre sur son importance. Nous avons toutefois un certain nombre d'observations auxquelles manquent les coupes histologiques, mais dans lesquelles il s'agissait de tumeurs tellement caractéristiques que, pratiquement, on ne peut avoir aucun doute ; l'examen macroscopique dans lequel on a noté « Enorme tumeur en chou-fleur », « Cancer à forme bourgeonnante », « Grosse tumeur » suffisait à affirmer leur nature.

OBS. 143. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Tumeur végétante de la face postérieure de l'estomac.* — H., 45 ans. Début en mars 1912 par des douleurs gastriques. A l'examen : tumeur très volumineuse arrondie, nettement perceptible sur son flanc gauche, plus difficile à délimiter sur la ligne médiane. Cette tumeur occupe la région épigastrique. Weber positif. Bon état général. Le malade ne vomit pas. — *Intervention*

(25 septembre 1912) : Enorme tumeur de la paroi postérieure et supérieure de l'estomac, du côté du pylore. L'estomac est élevé, ce qui gêne pour la ligature de la coronaire stomachique. En outre, quelques ganglions sont enlevés le long de la petite courbure. Gastrectomie. Billroth II (bouton); trois plans de catgut. Rideau péritonéal en se servant de la vésicule et du côlon transverse. Fils métalliques pour suturer la paroi. La tumeur a végété dans l'estomac formant un chou-fleur de grosses dimensions. A l'ouverture de l'estomac, il s'est dégagé une odeur infecte. Le malade quitte l'hôpital guéri, le 14 janvier 1913. Mars 1926 : Le malade écrit : « Ça va à merveille; je ne me sens pas de mal à aucun endroit et je ne suis aucun régime; je suis fort comme un Turc quand même j'ai 60 ans. »

OBS. 145 (inédite). — *Grosse tumeur mobile de l'estomac.* — F..., 50 ans. — *Intervention* (7 juillet 1917) : Gastrectomie pour néoplasme gastrique. Il s'agit d'une grosse tumeur mobile ne donnant pas de signe de sténose pylorique très prononcée. Gastrectomie emportant une grande partie de l'estomac. Billroth II en 25 minutes. Grosse anémie de l'estomac qui ne saigne pas du tout. Avril 1926 : La malade écrit qu'elle a repris du poids et qu'elle ne présente aucun vomissement, quoique parfois ses digestions soient encore pénibles.

OBS. 148 (inédite). — *Cancer à forme bourgeonnante.* — H..., 68 ans. Début il y a deux ans, par des pesanteurs après les repas, vomissements seulement depuis trois mois. Amaigrissement de 11 kilos pendant cette période. Signes de sténose pylorique. — *Intervention* (27 janvier 1922) : Il s'agit d'un ulcère peut-être néoplasique au niveau du pylore. La tumeur est très mobile : on ne trouve ni ganglions, ni traces de généralisation. Il serait bon de l'enlever dans un deuxième temps par crainte de la malignité. Gastro-entérostomie précôlique à la suture à travers l'épiploon gastro-côlique. Le mésocôlon est en effet rétracté, il serait difficile de passer à travers. Estomac très épaissi, très dilaté. Suites apyrétiques. Deuxième temps : 14 février 1922 : Ablation de la tumeur. Elle est très largement dépassée. Il s'agit d'un

cancer à forme bourgeonnante; la tumeur n'est pas une ulcération, mais un mamelon bosselé faisant saillie sous la muqueuse. — *Suites opératoires* : Normales. Novembre 1924 : Le malade écrit qu'il est en excellente santé, et qu'il a repris du poids; il mange de tout; il n'a eu aucune indigestion, ni aucun malaise; il a repris son travail « dix heures par jour dans une charcuterie ». Il ajoute : « Beaucoup de personnes qui me voient disent que j'ai rajeuni de dix ans ». Avril 1926 : Le malade continue à se maintenir en très bonne santé, il a conservé son poids; il digère tout : « salades, fruits », y compris. Et il ajoute : « Un de ces jours, je me ferai un plaisir d'aller vous souhaiter le bonjour, et vous verrez ce petit bonhomme avec ses 73 ans; beaucoup de personnes ne me croient pas, et pourtant c'est exact. »

OBS. 142. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Gros cancer gastrique adhérent*. — H..., 46 ans. Depuis trois mois, le malade vomit; les vomissements quotidiens au début se sont espacés ces derniers temps. Ils sont tardifs. Signes de rétention gastrique. Au palper, tumeur sous-ombilicale indolore bosselée. Mouvements péristaltiques de l'estomac. Adénite inguinale. — *Intervention* (16 février 1912) : Billroth II, catgut trois plans. Les chaînes ganglionnaires rétropyloriques et gastro-épiploïques sont prises. La tumeur adhère au mésocôlon transverse en arrière. On trouve un plan de clivage; les adhérences sont inflammatoires très probablement. Le malade part guéri. Octobre 1913 : La guérison persiste. Mai 1926 : Le malade écrit qu'il a repris son poids normal depuis l'intervention, que ses digestions sont normales, qu'il ne souffre plus, et qu'il a repris depuis longtemps ses occupations habituelles.

B. — État des malades guéris définitivement.

Un point qui a son importance, c'est la qualité de la guérison. Elle est toujours excellente; nous avons d'ailleurs déjà vu que la période de guérison

temporaire, dans les cas qui ont récidivé, était marquée, dans un grand nombre d'entre eux, par un retour complet à la santé. Ces faits connus, il n'est pas très étonnant de voir combien de malades guéris définitivement sont en bon état après leur intervention. De nombreux auteurs ont publié des observations de sujets qui étaient dans un état de santé remarquable après la résection. Schwyzer a suivi un certain nombre de malades qui, 5 ans, 6 ans et 16 ans après l'intervention, sont très bien portants et travaillent normalement. Dunham a revu, en 1922, une malade opérée en 1904, qui se porte bien et mange de tout. Douglas cite également trois malades guéris et insiste sur leur excellent état de santé. En recherchant les malades de la statistique de M. Delore, nous avons reçu des renseignements qui sont tout à fait intéressants : c'est le malade de l'Observation 141 qui, opéré il y a 15 ans, est en parfaite santé, « mangeant, digérant bien et fumant la pipe », écrit son médecin. L'Observation 143 nous montre un malade qui, depuis son intervention, remontant à 13 ans, n'a pas cessé de travailler de son métier de cultivateur. Toutes les observations donnent une impression analogue. Voici des observations de guérisons :

OBS. 138. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909). — *Ulcéro-cancer de la petite courbure et de la face antérieure de l'estomac.* (Examen histologique.) — F..., 46 ans. Troubles gastriques remontant à 15 ans. La malade avait eu dans sa jeunesse (de 15 à 30 ans) des phénomènes d'ulcus qui avaient disparu ensuite. Depuis deux ans, vomissements assez abondants, tous les deux jours environ, douleur au-dessous du rebord costal

gauche. Estomac légèrement dilaté avec clapotage; tumeur épigastrique du volume d'une mandarine. — *Intervention* (14 juin 1907) : Résection annulaire médio-gastrique. Billroth I. L'estomac adhérait à la paroi abdominale antérieure, il y avait de la biloculation. — *Suites opératoires* : Elles furent très simples, l'alimentation fut commencée dès le quatrième jour, douze jours après l'opération la malade se levait, prenait des aliments solides et les digérait bien. Actuellement, 24 mois après l'intervention, l'état général et l'état gastrique restent excellents. — *Examen de la pièce opératoire* : Ulcéro-cancer médio-gastrique occupant la face postérieure de la petite courbure et la face antérieure. Histologiquement : Ulcère cancéreux de faible malignité. Mars 1926 : La malade écrit que « son état de santé est tout à fait satisfaisant. J'ai beaucoup repris du poids, j'ai bon appétit et digère bien; je n'ai plus souffert, je ne me ressens plus du tout de rien et ne peut qu'adresser tous mes remerciements et mon entière gratitude à M. Delore à qui je dois bien la vie ».

OBS. 139. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909). — *Cancer du pylore*. (Examen histologique.) — F..., 58 ans. Vomissements continus depuis six mois. Il y a trois mois, gastro-entérostomie par un autre chirurgien. La tumeur était mobile et l'on avait décidé une pyloréctomie secondaire, mais l'opérée avait engraisé, digérait bien et ce n'est que trois mois après la gastro-entérostomie qu'elle s'est décidée à la nouvelle opération. — *Intervention* (25 septembre 1908) : Gastrectomie classique avec fermeture des deux tranches gastrique et duodénale. Résection d'une petite portion de la tête du pancréas adhérente à la tumeur. Opération difficile. Une large surface est dénudée; aussi laisse-t-on une mèche au contact. Ganglions rétro-pyloriques. — *Suites opératoires* : Le quatrième jour, petite fistulette duodénale qui se ferme spontanément le dixième jour. Reste guérie encore aujourd'hui. — *Examen de la pièce* : Cancer primitif du pylore avec infiltration sans ulcération vraie. Tumeur dépassée de quatre centimètres du côté de l'estomac et de deux centimè-

tres du côté du pylore. Histologiquement : Carcinome. A été revue guérie en janvier 1913. Perdue de vue depuis.

OBS. 140. — (DELORE et ALAMARTINE, 1909). — *Ulcéro-cancer prépylorique*. (Examen histologique.) — F..., 60 ans. Malade depuis six à huit mois. Vomit presque tous ses aliments depuis trois mois. Grande cachexie. Estomac dilaté sur lequel on sent une tumeur mobile. — *Intervention* : 1° 5 novembre 1908 : Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocôlique au bouton, suites simples. 2° 20 décembre 1908 : Gastrectomie large. Billroth II. Tumeur dépassée de six centimètres du côté stomacal et de trois centimètres du côté duodénal. — *Suites opératoires* : Très simples. Reste guérie en mars 1909. — *Examen de la pièce* : Ulcère cancéreux prépylorique ayant gagné le pylore. Ganglions coronaires et sous-pyloriques. Histologiquement : Cancer. A été guérie en mai 1914. Est morte d'une pneumonie pendant la guerre (date exacte inconnue).

OBS. 141. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Ulcéro-Cancer prépylorique étendu à la face antérieure et à la petite courbure*. (Examen histologique.) — H..., 58 ans. Amaigrissement depuis six mois. Pas de vomissements. On perçoit sous le rebord costal gauche une tumeur très mobile qu'on peut attirer jusqu'à la ligne médiane. Il s'agit d'un cancer prépylorique probablement extirpable. — *Intervention* (1^{er} mars 1911) : Gastrectomie subtotale. Billroth II (bouton). Il existe deux ou trois petits ganglions coronaires. — *Suites opératoires* : des plus simples. L'opérée quitte l'hôpital le 18 mars; il serait en excellente santé aux dernières nouvelles en octobre 1912. — *Examen de la pièce* : La tumeur est représentée par une grosse ulcération à bords calleux et indurés de siège prépylorique, s'étendant sur la face antérieure de la petite courbure de l'estomac. Histologiquement : Epithélioma glandulaire d'allure peu maligne. La tumeur est dépassée de quatre centimètres vers le duodénum et de huit centimètres vers l'estomac. Mars 1926 : Le médecin, qui avait envoyé le malade au Docteur Delore écrit que le malade est toujours « vivant en parfaite santé, mangeant, digérant bien et fumant la pipe ».

Il faut donc conclure à la possibilité de la guérison du cancer de l'estomac par la gastrectomie. Hartmann écrivait récemment : « La possibilité de la guérison du cancer de l'estomac par une intervention chirurgicale est aujourd'hui bien établie », et il rappelait ce malade de Hayem qui mourut 25 ans après une gastrectomie, sans récédive aucune. Certes, l'intervention a rarement un résultat aussi heureux que ceux que nous venons de citer, mais le fait de l'existence certaine de guérisons n'en est pas moins capital. Un cancer abandonné à lui-même — il ne faut pas l'oublier — est fatalement voué à la mort, dans un délai plus ou moins rapproché. Si minimes que soient les chances de survie, en présence d'une maladie aussi absolument incurable, a-t-on le droit de les refuser à un malade ?

Les résultats actuels doivent s'améliorer beaucoup. Tous les auteurs insistent sur la nécessité d'un diagnostic et d'une intervention précoces. C'est certainement ce qui permettra d'élever le pourcentage des guérisons définitives. Les excellents résultats publiés par Mayo n'ont probablement pas d'autre cause. Cet auteur insiste tout particulièrement sur la nécessité d'intervenir précocement. D'ailleurs, la laparotomie est si bénigne, à l'heure actuelle, qu'il vaudrait mieux exposer un malade à une opération inutile que de laisser passer un cancer qui est fréquemment extirpable. On peut donc affirmer que la gastrectomie guérit un certain nombre de malades et ce fait établi nous paraît un argument considérable en faveur de cette opération.

CHAPITRE IV

Éléments de pronostic éloigné dans la résection du cancer gastrique.

Nous avons vu, dans les chapitres précédents, les suites de la gastrectomie pour néoplasme. Une question se pose tout naturellement à l'esprit : est-il possible de prévoir ce que seront ces résultats éloignés ? C'est ce que nous allons examiner en étudiant successivement les éléments possibles d'un pronostic, éléments tirés soit de constatations cliniques, soit de l'examen de la pièce enlevée, soit des coupes histologiques. Quatre points ont retenu notre attention : la sténose du pylore, l'extension de la tumeur au niveau du système lymphatique et des organes voisins, c'est-à-dire l'existence de ganglions ou d'adhérences, la nature histologique du cancer, enfin sa forme anatomique.

A. — Sténose pylorique.

La sténose pylorique peut-elle constituer un élément de pronostic ? Peut-on, du fait qu'un malade est en état de rétention gastrique, envisager pour lui un résultat plus favorable. C'est l'opinion de Möller qui, rejetant tous les autres éléments possibles d'un pronostic, ne retient que la sténose, à son avis beaucoup plus fréquente dans les cas heureux. Kocher attache aussi une certaine importance au siège pylorique de la tumeur. On peut, en effet, penser que la présence d'une sténose pylorique permet un diagnostic plus précoce et pousse plus rapidement à l'intervention ; mais il faut tenir compte de ce fait que la sténose peut être relativement tardive, lorsqu'il s'agit d'un néoplasme de la petite courbure, par exemple, propagé secondairement au pylore, cas fréquemment observé. Peu importent les explications que l'on peut donner, les faits seuls doivent nous retenir ; or, de l'étude de notre statistique, il résulte d'une façon très nette que la sténose pylorique ne peut être considérée comme un élément de pronostic.

Considérons en effet la proportion de sténoses pyloriques par catégorie de malades classés suivant la durée de la survie : on constate que, chez les malades ayant survécu moins d'un an, on avait noté une sténose dans 59 % des cas ; chez ceux ayant survécu de 1 à 2 ans, il y en avait 69 % ; chez ceux ayant survécu de 2 à 3 ans, 53 %, et chez les malades ayant dépassé 3 ans de survie, nous trouvons 57 %. Il n'y a là aucune indication permettant de faire un pronostic plus ou

moins favorable, suivant qu'il existe ou non une évacuation gastrique normale.

En comparant la moyenne de la survie dans les cas où il existait de la rétention gastrique et dans ceux où le pylore fonctionnait, on trouve 18 mois pour la sténose et 19 mois sans sténose. La guérison temporaire moyenne a été trouvée de 14 mois pour les sténoses et de 15 mois pour les malades dont l'évacuation gastrique était normale.

Si nous comparons la proportion des survies d'un an au moins dans les deux groupes envisagés, nous en voyons 69 % pour les malades avec sténose et 67 % pour les malades sans sténose.

La comparaison de ces divers chiffres qui permettent de voir la question sous des angles un peu différents n'autorise nullement à faire de la sténose pylorique un élément de pronostic favorable ou défavorable. La constatation d'une sténose pylorique chez un malade atteint de néoplasme gastrique n'a aucune valeur pour prévoir le résultat de la gastrectomie.

B. — Adhérences et adénopathies.

La gravité d'un cancer dépend certainement de son extension plus ou moins grande en dehors de l'organe atteint. Le système lymphatique joue un rôle essentiel dans les disséminations des cellules néoplasiques; a priori, on devrait pouvoir tirer de la présence de ganglions au niveau d'une pièce opératoire un élément de pronostic. Quand on note un envahissement ganglionnaire, il semble que le cancer ait déjà fran-

chi une étape et que son extension soit plus difficile à arrêter, même lorsque l'ablation est complète. De même, les adhérences indiquent que le néoplasme tend à envahir les organes voisins et que par conséquent son ablation complète serait particulièrement difficile, donc les chances de récurrence plus grandes. Quelques auteurs ont envisagé la question : Schwyzer pense que le pronostic de la résection est bien meilleur quand il n'y a pas d'invasion lymphatique. Lion n'attache aucune importance aux adhérences. Voyons ce que nous obtiendrons en analysant nos observations :

Pour les adhérences, nous trouvons les chiffres suivants :

Dans les cas qui ont survécu plus de 3 ans, on avait constaté des adhérences dans 44 % des cas.
Dans les cas qui ont survécu de 2 à 3 ans, on avait constaté des adhérences dans.... 44 % des cas.
Dans les cas qui ont survécu de 1 à 2 ans, on avait constaté des adhérences dans.... 27 % des cas.
Dans les cas qui ont survécu moins de 1 an, on avait constaté des adhérences dans..... 48 % des cas

La moyenne de guérison temporaire, dans les cas avec adhérences, a été de 17 mois.

La moyenne de guérison temporaire, dans les cas sans adhérences, a été de 19 mois.

62 % de malades, chez lesquels on avait constaté des adhérences, ont survécu plus de 1 an.

72 % de malades, chez lesquels on n'avait pas constaté d'adhérences, ont survécu plus de 1 an.

De tous ces chiffres, il résulte que le pronostic est assombri, dans une certaine mesure, par la présence d'adhérences, comme on devait le prévoir, connaissant le processus d'extension du cancer. Toutefois, dans bon nombre de cas, on a observé des adhérences et les résultats ont été excellents. Il n'y a donc, dans l'existence d'adhérences, qu'une indication d'une valeur seulement relative.

Citons, pour les ganglions, des chiffres analogues :
Chez les malades ayant survécu plus de 3 ans, on avait constaté des ganglions dans 65 % des cas.
Chez les malades ayant survécu de 2 à 3 ans, on avait constaté des ganglions dans 63 % des cas.
Chez les malades ayant survécu de 1 à 2 ans, on avait constaté des ganglions dans 60 % des cas.
Chez les malades ayant survécu moins de 1 an, on avait constaté des ganglions dans.. 63 % des cas.

La moyenne de survie a été de 18 mois dans les cas avec ganglions et de 18 mois également dans les cas sans ganglions.

70 % de malades chez lesquels on avait noté des ganglions, 69 % de ceux chez qui on n'en avait pas noté ont survécu plus de 1 an.

Il est absolument impossible de tirer de ces chiffres un argument quelconque pour faire de la présence de ganglions un élément de pronostic.

Ceci ne paraît pas en rapport avec ce que l'on sait du rôle des voies et organes lymphatiques dans l'extension du processus néoplasique. Il est probable que bien souvent les ganglions sont inflammatoires et présence de ganglions à l'opération ne signifie pas

toujours envahissement cancéreux du ganglion hypertrophié. Pour les adhérences, l'inflammation joue un rôle important dans leur formation et c'est pourquoi on observe des cas très adhérents avec d'excellents résultats.

C. — Nature histologique de la tumeur.

L'examen histologique de la pièce enlevée à l'intervention, dont nous avons vu l'importance pour affirmer les guérisons définitives, pourrait, semble-t-il, être un élément de pronostic de premier plan. C'est une notion banale qu'il existe des degrés dans la malignité des cancers.

Cependant, la plupart des auteurs n'attachent pas d'importance à la structure microscopique pour prévoir les suites éloignées. Leriche, étudiant un certain nombre de statistiques, et en particulier les chiffres de Petersen et Colmers, constate que les guérisons durables sont réparties de façon à peu près égale suivant les différentes formes de tumeurs, et il conclut qu'il n'y a pas de groupe histologique ayant une tendance bien marquée à la récurrence. Citons, par contre, l'opinion de Bressot, qui pense que les résultats éloignés sont subordonnés, entr'autres conditions, au type histologique.

Grâce aux documents que nous avons en mains, pouvons-nous trancher la question ? Malheureusement, pour beaucoup de malades, nous ne possédons pas d'examen histologique, en particulier

pour les malades opérés entre 1914 et 1918. La valeur des résultats que nous apportons sur ce point particulier en est évidemment diminuée. Voici toutefois ce que nous avons trouvé. Les tumeurs classées histologiquement comme cancers colloïdes sont particulièrement graves, c'est une notion classique. Nous avons trouvé 12 observations de cancer colloïde histologiquement étudiés et nos résultats éloignés indiquent nettement une gravité particulière pour cette classe de tumeurs. Voici des chiffres.

Pourcentage de cancers colloïdes dans les catégories suivantes :

Malades ayant survécu moins de 1 an	50 %
Malades ayant survécu de 1 à 2 ans..	20 %
Malades ayant survécu de 2 à 3 ans..	42 %
Malades ayant survécu plus de 3 ans	0 %

La moyenne de la survie pour le cancer colloïde n'est que de 14 mois, contre 23 mois pour les autres variétés histologiques. Pour la durée de guérison temporaire, elle n'est que de 10 mois, pour les cancers colloïdes, contre 23 mois pour les autres variétés histologiques. Ces moyennes reposent exclusivement sur les cas ayant récidivé et dont la structure histologique a été déterminée. Enfin, proportions de cancers colloïdes ayant survécu plus de 1 an: 50 %; pour les autres groupes histologiques : 86 %.

Tous ces chiffres indiquent nettement un pronostic plus réservé pour les cancers colloïdes après résection. Des données intéressantes au point de vue de pronostic histologique nous ont été fournies par l'étude de nos cas les plus favorables. En effet, nous

notons dans certains examens histologiques « ulcère cancéreux de faible malignité » (Observation 138), ou bien « épithélioma glandulaire d'allure peu maligne » (Observation 141).

Citons encore l'observation suivante :

OBS. 132. — (DELORE et SANTY, 1914). — *Cancer prépylorique*. (Examen histologique.) — H..., 62 ans. Début il y a deux ou trois mois par quelques vomissements rares, des douleurs épigastriques et de l'amaigrissement. Le malade examiné par M. Bouveret ne paraît pas avoir de péristaltisme stomacal, mais un peu de tension de l'épigastre. Il y a un léger clapotage. Pas de tumeur, ni hématemèse, ni méléna. — *Intervention* (2 février 1910) : Pyloro-gastrectomie large. Billroth II au bouton avec trois plans de suture au catgut sur les tranches gastriques et duodénales. Il s'agit d'une ulcération prépylorique avec extension vers le pylore. Il n'y a pas de ganglions. La tumeur est largement dépassée de huit centimètres environ du côté de l'estomac et de deux centimètres du côté du duodénum. — *Suites opératoires* : Apyrétique pendant deux jours. Le 4 février, la température remonte à 39°5. Les jours suivants, évolue une broncho-pneumonie de la base gauche avec souffle et crachats purulents. Guérison au bout de trois semaines. Elle se maintenait en septembre 1912. Le bouton est sorti le douzième jour. — *Examen histologique* : Epithélioma cylindrique typique, de pronostic bénin. — *Suites éloignées* : Le malade est revu en septembre 1913. Il est à ce moment atteint d'un ictère très foncé avec prurit intense. — *Laparatomie exploratrice* (10 septembre) : On trouve un noyau de généralisation à la face inférieure du foie; il existe en outre de gros ganglions prévertébraux au niveau de la tête du pancréas et du hile du foie. Bien que la vésicule ne soit pas très distendue, on fait un cholecystectomie. Le malade, cachectique, succombe huit jours après.

Nous n'avons trouvé de tels examens que dans des

cas guéris ou ayant eu des survies particulièrement longues.

Ces exemples semblent indiquer la possibilité, au moins dans certains cas, d'un pronostic histologique, mais il faut bien remarquer que nous trouvons des observations qui sont absolument contradictoires. Ainsi, dans l'Observation 132, l'examen histologique portait « forme très atypique, infiltrante », et ce cas est le résultat temporaire le plus remarquable que nous ayons constaté : 6 ans et 3 mois de guérison, avec une période de 5 ans et 9 mois sans aucun symptôme.

Nous venons de voir une tumeur étiquetée « atypique infiltrante ».

De la distinction entre cancers atypiques, métatypiques ou typiques, peut-on tirer un élément de pronostic ? Il nous est impossible de nous prononcer. En effet, dans tous les cas que nous avons recueillis, deux seulement sont catalogués « épithélioma typique », c'est celui dont nous avons cité l'observation plus haut, et le N° 57. Ces cas isolés ne peuvent vraiment pas permettre une conclusion. Enfin, signalons que le seul cas de limite plastique contrôlé microscopiquement se classe dans les très bons résultats (Observation 130). En somme, l'histologie peut certainement fournir des indications sur l'évolution ultérieure : les cancers colloïdes sont nettement sujets à récurrence, plus constamment et plus rapidement que les autres. Dans quelques cas, la structure moins anarchique de la tumeur permettrait

de prévoir une évolution plus heureuse, mais ces dernières indications n'ont qu'une valeur relative.

**D. — Caractères macroscopiques de la tumeur ;
l'Ulcéro-Cancer.**

Dans un grand nombre de nos observations, on a noté, à l'examen de la pièce opératoire, qu'il s'agissait d'un ulcéro-cancer ; on avait même cru à un ulcère et un examen microscopique a montré du tissu néoplasique.

Mais que faut-il entendre exactement par ulcéro-cancer ? Pour beaucoup d'auteurs, il s'agit toujours d'un cancer développé sur un ulcère calleux ou sur une cicatrice d'ulcère ; pour d'autres, et en particulier pour Tripier, Devic et leurs élèves, il s'agit d'un ulcère primitivement cancéreux, d'un cancer qui affecte l'allure d'un ulcère gastrique.

En ce qui concerne notre étude, la pathogénie exacte de l'ulcéro-cancer importe peu. Deux termes le définissent : d'une part, un aspect macroscopique : celui d'un ulcus plus ou moins calleux ; d'autre part, un aspect microscopique : c'est un épithélioma. C'est ainsi que nous entendons ce terme, sans préjuger de la nature cancéreuse primitive ou secondaire de l'ulcération. Cette forme anatomique comporte-t-elle un pronostic spéciale ?

Le chirurgien qui constate l'existence d'un ulcéro-cancer chez un opéré, peut-il espérer une survie plus longue ou même une guérison plus probable que dans une tumeur banale ? Faroy croit à la bé-

nignité relative de l'ulcéro-cancer, s'appuyant sur ce fait que 66 % des ulcéro-cancers survivent plus d'un an, alors que 33 % seulement des cancers opérés dépassent une année. Mathieu, étudiant l'anatomie pathologique de cette forme du cancer gastrique dit que c'est un néoplasme peu envahissant, avec étape ganglionnaire tardive, par conséquent une forme favorable.

L'analyse des observations de M. Delore nous amène à penser que l'ulcéro-cancer permet un pronostic un peu meilleur que la tumeur néoplasique proprement dite. Il ne s'agit pas d'une différence profonde entre la gravité des diverses formes anatomiques, mais d'une simple nuance en faveur de l'ulcéro-cancer. Si nous examinons le pourcentage des ulcéro-cancers dans les diverses catégories de cancers réséqués classés suivant la durée de la survie, on trouve, dans la statistique, les chiffres suivants :

Malades ayant survécu plus de 3 ans 52 %

Malades ayant survécu de 2 à 3 ans. . 53 %

Malades ayant survécu de 1 à 2 ans. . 34 %

Malades ayant survécu moins de 1 an 40 %

Dans ces chiffres, s'opposent assez nettement, d'une part les malades morts pendant la première et la deuxième année (les résultats médiocres) ; d'autre part les malades morts dans la troisième année et au delà (les bons résultats). Ces chiffres semblent bien indiquer un meilleur pronostic pour l'ulcéro-cancer.

Envisageant la moyenne de survie, nous trouvons 19 mois pour la forme ulcéro-cancer, et 17 mois seulement pour l'ensemble des autres.

Autre élément à envisager : le pourcentage des survies de plus d'un an : on trouve que 76 % des ulcéro-cancers ont survécu au delà d'un an, tandis que pour les tumeurs banales, la proportion n'est que de 69 %. Les proportions sont supérieures à celles citées par Faroy, et surtout elles ne révèlent qu'une différence minime entre les formes anatomiques, alors que, pour cet auteur, elle est considérable.

Enfin, la durée moyenne de la guérison temporaire a été de 15 mois pour les ulcéro-cancers, contre 16 mois pour les cancers. Ce dernier chiffre contredit les données fournies par ceux que nous avons cités précédemment, mais il ne faut pas attacher une trop grande importance à ce dernier pourcentage. En effet, la durée de la période de guérison n'a pu être retrouvée que dans un nombre assez restreint de cas ; elle est bien souvent sans grande précision ; ce dernier chiffre n'a donc pas beaucoup de valeur.

Donc, examinant la question de différents points de vue, on doit conclure qu'il n'y a pas une différence importante entre la gravité de l'ulcéro-cancer et celle des autres formes anatomiques ; l'ulcéro-cancer est sans doute un peu plus favorable, mais dans une mesure bien moindre que ne le pensait Faroy. Mais là n'est sans doute pas l'intérêt essentiel de l'ulcéro-cancer. Le dépouillement de nos observations nous a montré fréquemment un diagnostic clinique et opératoire d'ulcère, alors que l'examen microscopique a révélé ultérieurement qu'il s'agissait de cancer. Voici quelques observations :

Obs. 29 (inédite). — *Ulcéro-cancer perforé de la petite courbure*. (Examen histologique.) — H..., 57 ans. Les troubles gastriques ont débuté il y a cinq ans, par des douleurs; depuis deux ans, elles ont pris un horaire tardif. Syndrome de sténose pylorique. — *Intervention* (23 novembre 1921) : Dans le péritoine énorme quantité de liquide noirâtre; après en avoir étanché une partie, on finit par trouver l'orifice de perforation qui est suspylorique sur la petite courbure de dimension d'une pièce de 0,50. L'estomac paraissait peu mobile et l'induration autour de la tumeur étant très marquée, on préfère pratiquer l'exérèse. Celle-ci est faite sans grande difficulté. Billroth II (bouton), suture à trois plans de catgut. Durée opératoire : trois quarts d'heure. Shock, Cyanose, arrêt de la respiration pendant l'opération. On termine en mettant un gros drain dans le Douglas sur le pubis. Il s'écoule un liquide noirâtre. Le 24 novembre 1921, décès. — *Examen histologique* : Il s'agit, en réalité, d'un épithélioma glandulaire atypique avec nombreuses néoformations épithéliales dans la sous-muqueuse et la musculuse.

Obs. 156 (inédite). — *Ulcéro-cancer du pylore*. (Examen histologique.) — F..., 40 ans. Crises douloureuses gastriques avec vomissements depuis un mois et demi. Troubles gastriques remontant à vingt ans. Syndrome de rétention gastrique. Gros amaigrissement. Radioscopie (Docteur Savy). Grand estomac très bas, au niveau du pubis. Ni encoche, ni image lacunaire. Mobilité moyenne. Péristaltisme presque nul; douze heures après, il renferme encore du bismuth. — *Intervention* (13 février 1925) : Il s'agit d'un ulcère ou même d'un ulcéro-cancer prépylorique avec infiltration du pylore; l'estomac est grand, très dilaté. La tumeur est très mobile, facilement enlevable, sans ganglion appréciable. Aujourd'hui, gastro-entéro-anastomose (bouton). Deuxième temps le 4 mai 1925 : Gastro-pylorectomie. L'opération est très correcte, dépasse largement la limite du mal. Le doigt dans l'estomac à la recherche de l'orifice de gastro admet le médius. Suture des tranches à trois plans. Sur la pièce, la sténose est telle qu'à peine une pince de Kocher peut passer. Il semble s'agir d'un ulcère. — *Examen histologique* : Il s'agit d'un néoplasme infiltrant atypique envahissant les

couches musculaires. 30 mars 1926 : Le malade écrit qu'il se porte bien, a engraisé de 19 kilos depuis sa sortie de l'hôpital. Il ne conserve qu'un peu de « faiblesse dans les jambes ».

OBS. 159 (inédite). — *Ulcéro-cancer prépylorique*. (Examen histologique.) — H... Douleurs gastriques et vomissements. Méléna. Hématémèse il y a six mois. Amaigrissement mais bon état général. Douleur à la palpation épigastrique. — *Intervention* (11 septembre 1925) : Il s'agit d'un ulcus prépylorique avec extension vers le pylore, mais sans sténose vraie; on en fait la résection : Billroth (bouton). L'ulcus, qui était presque bouché, est largement dépassé. Les tissus sont toujours congestionnés et saignent plus qu'à l'état normal. Suites simples. — *Examen histologique* : Epithélioma tubulaire typique. Le ganglion est simplement hyperplasié. Mars 1926 : Le malade a bon appétit, digère bien et pèse 72 kilos.

L'observation suivante est particulièrement intéressante, puisque sur deux ulcères gastriques, l'un était indemne de néoplasme, l'autre en voie de cancérisation :

OBS. 152 (inédite). — *Ulcère de la partie moyenne de la petite courbure avec biloculation, ulcéro-cancer prépylorique*. (Examen histologique.) — F..., 55 ans. Souffre de l'estomac depuis plus de quinze ans; douleurs tardives. Il y a quatre ans a présenté un syndrome péritonéal avec fièvre, vomissements bilieux et apparition d'un plastron sous-costal gauche. Depuis deux ans, amaigrissement de 12 kilos, vomissements alimentaires. Actuellement, femme cachectique pouvant faire penser à une dégénérescence d'ulcère ancien. Examen négatif. La radioscopie montre un estomac biloculaire, avec retard de l'évacuation. — *Intervention* (17 juin 1924) : Il s'agit de deux ulcères; l'un est prépylorique, plutôt petit, entouré d'une zone de périgastrite. Le second est situé sur la partie moyenne de la petite courbure, par son érosion pro-

gressive il a provoqué une biloculation assez nette mais assez large, admettant deux doigts. A son niveau, la paroi gastrique a disparu et le fond est représenté par le pancréas. Bref, ulcère perforé et bouché par le pancréas auquel adhère son pourtour. L'opération consiste en une gastropyloréctomie emportant les deux ulcères et toute la poche inférieure pylorique. Les deux tranches duodénale et gastrique sont suturées à trois plans au catgut et la continuité est rétablie par une gastro-entérostomie transmésocôlique antérieure au bouton. — *Suites* très simples. La malade rentre chez elle au bout de quinze jours. Nous avons reçu des nouvelles de l'opérée en octobre dernier. Elles sont bonnes, la malade a augmenté de 6 kilos et mange de bon appétit, sans douleur. Avril 1926 : la malade continue à se maintenir en excellente santé. — *Examen de la pièce* : L'ulcère de la petite courbure a les dimensions d'une pièce de deux francs. Les bords sont indurés, rouges, et tout autour la muqueuse gastrique sur trois ou quatre centimètres a un aspect framboisé. L'ulcère prépylorique non perforé a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Il est lisse, ses bords ne sont pas indurés. La poche pylorique est épaissie. — *Examen histologique* : Lésions très étendues de gastrite interstitielle et parenchymateuse avec transformation presque totale de la muqueuse gastrique en muqueuse intestinale; lésions s'étendant jusqu'à la limite de la résection; ulcérations multiples, exulcérations de surface ou ulcus invétérés; un de ces ulcères (le plus proche du pylore) en voie de cancérisation, le cancer étant histologiquement de type intestinal.

L'observation qui suit nous montre un cas vraiment typique de dégénérescence cancéreuse consécutive à un ulcus.

OBS. 110 (inédite). — *Ulcéro-cancer pylorique*. — H..., 53 ans. Début il y a un an, insidieux; depuis deux mois, hémorragie et signes de sténose pylorique. — *Intervention* (10 juin 1922) : L'estomac est très grand et très épaissi. Sur

le pylore on trouve une cicatrice froncée comme celle d'un ancien ulcus, autour de laquelle se trouve une grosse masse néoplasique gagnant et attirant le duodénum. Gros ganglions coronaires ne pouvant être enlevés; un ganglion mobile se prolonge au-dessus du pancréas. En somme, exérèse possible quoiqu'un peu difficile du côté du duodénum. Gastro-entéro-anastomose transmésocôlique postérieure. Gros bouton le plus loin de la tumeur. En somme, vieil ulcéro-cancer. 26 juin 1922 : Deuxième temps : Ablation de la tumeur sans incidents; pour déloger les ganglions sous-pyloriques et rétro-pyloriques, on est obligé de décoller très largement le pancréas et d'enlever presque toute la première portion du duodénum. Sur la pièce, la tumeur semble bien dépassée de ce côté; du côté de la petite courbure, la tranche de la section passe presque à côté de la tumeur. Suites normales. 17 novembre 1924 : On apprend que le malade est mort environ un an auparavant. Il avait été complètement guéri pendant plusieurs mois, mais il a finalement présenté un ictère et est mort après être resté deux mois au lit.

Tous ces faits ont un intérêt capital ; ils nous font toucher du doigt les rapports étroits existant entre l'ulcus et le cancer ; ils nous montrent que, pièce en main, il est souvent impossible d'affirmer la nature réelle de la lésion. L'ulcus, indépendamment de sa propre gravité, est une menace pour l'avenir : *tout ulcéreux est un cancéreux en puissance*. Cette notion a un corollaire chirurgical : c'est la nécessité de réséquer fréquemment les ulcères, beaucoup plus fréquemment qu'on ne le fait actuellement, et cette indication est formelle dans les vieux ulcères calleux indurés, qui sont si souvent dégénérés ou en voie de dégénérescence. Citons, pour conclure, ce qu'ont écrit sur ce point MM. Delore, Mallet-Guy et Vachey : « De même que le meilleur traitement du cancer du corps

thyroïde est la suppression préventive des goîtres, de même la résection des ulcères chroniques constitue pratiquement, quelle que soit l'hypothèse pathogénique adoptée à l'égard de l'ulcéro-cancer, le meilleur traitement du cancer gastrique. »

Nous devons conclure, d'une manière générale, au peu d'intérêt des éléments qui sembleraient au premier abord permettre un pronostic. La sténose du pylore ni les ganglions ne peuvent donner aucune indication. La présence d'adhérences a une signification plutôt fâcheuse. La nature histologique permet parfois de prévoir, dans une certaine mesure, les suites de l'intervention. Les cancers colloïdes ont une gravité nettement plus grande que les autres. Enfin, l'ulcéro-cancer semble d'un pronostic un peu meilleur que les autres formes anatomiques, mais la différence est peu marquée. Mais si aucun de ces éléments n'a une valeur certaine par lui-même, leur réunion peut être très intéressante au point de vue pronostic. Par exemple, un ulcéro-cancer non adhérent, avec une disposition histologique peu anarchique, permettra un bon pronostic, alors que le seul fait d'un ulcéro-cancer n'a que très peu de valeur. En somme, il faut attacher de l'importance non aux éléments isolés, mais au faisceau qu'ils peuvent former, et qui peut avoir, lui, une très grande valeur.

CONCLUSIONS

I. — La statistique des gastrectomies pour cancer de M. le Docteur Dèlore comporte 166 observations : 130 malades ont guéri opératoirement, et parmi eux 85 ont pu être suivis complètement ;

25 sont morts dans le cours de la 1^{re} année, soit 29 % ;

24 sont morts dans le cours de la 2^e année, soit 29 % ;

16 sont morts dans le cours de la 3^e année, soit 19 % ;

20 ont survécu plus de 3 ans, soit..... 23 % ;

II. — Lorsqu'une récurrence apparaît, elle survient en moyenne 15 mois après l'intervention et pendant tout ce laps de temps, l'état de l'opéré est excellent de tous points, permettant, dans beaucoup de cas, la reprise du travail. La survie moyenne est de 18 mois, délai très supérieur à celui que donnent les opérations palliatives.

III. — La récurrence se fait le plus souvent *in situ* et plus rarement dans le foie ou par généralisation péritonéale. Elle peut apparaître 3, 4 et même 6 ans après l'intervention.

IV. — Un nombre relativement faible d'opérés échappe à la récédive. 13 seulement, mais parmi lesquels il n'en est que 5 qui puissent être retenus au point de vue scientifique, ayant fait leurs preuves histologiques. Ils représentent 12 % des malades opérés chez lesquels a été prélevé un fragment pour examen histologique.

V. — Les éléments de pronostic post-opératoire éloignés sont très réduits. Contrairement à certaines opinions émises, il ne peut être tenu compte de la sténose pylorique comme facteur favorable, ni même, semble-t-il, de l'existence d'adénopathie, comme facteur de gravité (ganglions inflammatoires). Plus intéressante est l'analyse histologique de la tumeur : gravité des cancers colloïdes, bénignité des cancers typiques. Quant à la forme anatomique ulcéro-cancer, elle semble, bien qu'un peu plus favorable que la forme banale, être pratiquement du même ordre de gravité. On doit en conclure à la nécessité de réséquer le plus souvent possible les ulcères gastriques.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	BERARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer ;

Lyon, le 28 Mai 1928.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- ALTSCHUL.— Beitrag zur Chirurgie des Magencarcinoms. *Beitr. z. Klin. Chir.*, LXXXIX, f. 2, 1913.
- BRESSOT. — Six ans de chirurgie gastrique. *Thèse*, Lyon, 1909.
- BRECHOT (A.). — Contribution à l'étude de la pylorectomie. La gastro-duodéno-entérostomie. *Thèse*, Paris, 1908-09.
- BRUNNER. — Extirpation des Magencarcinoms. *Schweiz. Med. W.*, LII, p. 261, 1922.
- CHARRIER et CHARBONNEL. — Chirurgie gastrique ; résultats de 13 Gastrectomies pour cancers et ulcères. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1923, LIII, p. 303-314.
- CHEEVER (D.). — The operative curability of carcinoma of the stomach. *Tr. Am. Surg.*, 1923, XLI, p. 38-53.
- DANEEL. — Bericht über die in der Heidelberg Klinik von 1898 bis ende 1905 beobachteten Fälle von Magencarcinom. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1908, LIX, f. 2.
- DEGUIGNAND (L.). — Le cancer ulcérisé du pylore (à propos de l'ulcéro-cancer prépylorique). *Thèse*, Paris, 1922.
- DELAGÉNIÈRE (H.). — Contribution à l'étude de l'ablation totale et subtotale de l'estomac ; déductions chirurgicales, d'après 10 cas personnels. *Arch. Prov. de Chir.*, 1903, XVII, p. 3.
- DELORE. — A propos de la Gastrectomie en deux temps. *Soc. de Chir. de Lyon*, 4 déc. 1919, in *Lyon Chir.*, 1920, XVII, p. 134.
- DELORE et ALAMARTINE. — Chirurgie du cancer gastrique. *Lyon Chir.*, 1909, II, N° 3 et 4.

- DELORE et DEVAUX. — Gastrectomie. *Lyon Méd.*, 1922, CXXXI, p. 632.
- DELORE et DUNET. — Des interventions itératives dans le cancer gastrique. *Rev. de Chir.*, 1922, LX, f. 1, p. 359-367.
- DELORE et GUILLEMINET. — De la valeur de la Gastrectomie en deux temps. *Rev. de Chir.*, 1920, LVIII, p. 2
- DELORE et LERICHE. — Du cancer de l'antrum pylorique. *Rev. de Chir.*, 1905, XXXII, f. 2, p. 346-368.
- DELORE, MALLET-GUY et VACHEY. — De la résection dans les ulcères adhérents de la petite courbure. *Rev. de Chir.* mars 1925, XLIV, 213-229.
- DELORE, J.-F. MARTIN et MALLET-GUY. — Lésions de voisinage dans l'ulcère gastrique chronique (gastrite périulcéreuse, ulcères doubles, ulcère et cancer). Considérations anatomiques et chirurgicales. *Arch. franco-belges de Chir.*, janvier 1925, XXVIII, 38-73.
- DELORE et SANTY. — Gastrectomie dans le cancer et l'ulcère de l'estomac. *Lyon Chir.*, 1914, XI, p. 114.
- DOUGLAS (J.). — Carcinoma of the stomach ; report of three cases with no recurrence five years after operation. *Surg. Gyn. Obst.*, 1919, XXXIII, p. 36-42.
- DUNHAM (J.-D.). — A case of carcinoma of the stomach with report and examination eighteen years after operation. *Med. Press*, 1923, CXV, p. 261, et *Journ. Am. Med. Ass.*, 1923, LXXX, p. 550.
- DUPLAN (E.). — Contribution à l'étude de l'ulcéro-cancer gastrique. *Thèse*, Montpellier, 1910-11.
- DUPLANT (F.). — De la prétendue transformation de l'ulcère rond en cancer. Etude anatomo-pathologique. *Thèse Méd.*, Lyon, 1897-98.
- FAROY (G.). — Résultats du traitement chirurgical de 69 cas de cancers et ulcéro-cancers gastriques. *Arch. des Mal. de l'App. digest. et de la Nutr.*, 1913, VII, p. 2.
- FELLMANN. — Réflexions sur 41 Observations de Gastrectomie en deux temps. *Thèse*, Lyon, 1920.
- FEURER (G.). — Erfahrungen über Magenresektion. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1912, CXVI (*Festschrift f. Prof. Th. Kocher*).

- FINSTERER. — Resektion des Magenkarzinoms als Palliatio-
operation. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1919, XXXIV,
p. 321-324.
- Zur Frage des Ulcus-karzinoms des Magens. *Med.
Klin.*, 1923, XIX, p. 43.
- GOLDSCHWEND. — Operations, und Dauererfolge bei mali-
gner Geschwulstbildung des Magens. *Arch. f. Klin.
Chir.*, 1908, LXXXVIII, f. 1.
- GOULLIoud. — Résection simultanée de l'estomac et du cô-
lon transverse (5 Observations). *Lyon Chir.*, 1913,
IX, p. 5.
- HARTMANN (H.). — Le Cancer de l'Estomac. *Presse Méd.*, 1919,
XXVIII, p. 245. Commun. à l'Acad. de Méd. (12 janvier
1926), in *Bull. de l'Acad. de Méd.*, XCV, 3^e série, N^o 2.
Les résultats éloignés des résections gastriques dans
le cancer de l'estomac. *Presse Méd.*, 1926, XXXIV, p.
257-258.
- HAYEM. — Commun. à l'Acad. de Méd. (5 janvier 1926). *Bull.
de l'Acad. de Méd.*, XCV, 3^e série, N^o 1.
- HOFFMANN. — Unsere Erfahrungen über die Chirurgie des
Magens. *Beitrag. z. Klin. Chir.*, 1911, LXXV, f. 3.
- JUNGERMANN (Elisabeth). — Ein Beitrag zur Magen Chirurgie
auf Grund von 275 operierten Fällen. *Deutsch. Zeitsch.
f. Chir.*, 1920, CLVIII, p. 343-389.
- KELLING (G.). — Mitteilungen zur Technik der Magenresec-
tion beim Carcinom. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1912, XCIX,
f. 3.
- KOCHER (Th.). — Die Chirurgische Therapie bei Magenleiden.
Mitteil aus den Grenzgebieten der Med. und. Chir.,
1909, XX, f. 5.
- LEFÈVRE (H.). — Quelques réflexions au sujet d'une statis-
tique de chirurgie gastrique (cancers et ulcères). *Gaz.
Hebd. des Sc. Méd de Bordeaux*, 1924, XLV, p. 258-
261.
- LERICHE (R.). — Des résections de l'estomac pour cancer.
Technique. Résultats immédiats. Résultats éloignés.
Thèse, Lyon, 1905-06.
- LEWISON (R.). — Resection for carcinoma of the stomach
(four years ago). *Med. Rec.*, 1920, XCVIII, p. 664.

- LION. — Sur les résultats éloignés de la Gastrectomie pour cancer de l'estomac. *Arch. des Mal. de l'App. digest. et de la Nutr.*, 1923, XIII, p. 156-165. Soc. de Gastro-Entérologie de Paris (8 janvier 1923).
- MATHIEU, SENCERT et TUFFIER. — *Traité Médico-Chirurgical des Maladies de l'Estomac*, Paris, 1913.
- MAYO (W.-J.). — Radical operation for cancer of the pyloric end of the stomach. Review of 266 partial gastrectomies. *The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 1910, LIV, p. 20. — Cancer of the stomach. Its surgical cure. *Surg. Gyn., Obst.*, 1918, XXVI, p. 4. — Cancer of the stomach. *Surg. Clin. N. Am.*, 1924, IV, p. 580-586.
- MAYO (C.-H.) — Cancer of the stomach and its surgical treatment. *Tr. Am. Surg. Ass.*, 1919, XXXVII, p. 378-396. *Ann. of surg.*, 1919, LXX, p. 2.
- MEYER (W.) and ERDMANN (J.). — Late result after resection of the stomach for carcinoma. *Ann. Surg.*, 1921, L., XXIII, p. 652-654.
- MÖLLER (W.). — Die Resultate der Magenresektion wegen Krebs in der Chirurgische Klinik in Lund, 1898-1918. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1920, CXX, p. 65-88.
- OLIVIER. — Soixante-six Gastrectomies pour cancer. *Presse Méd.*, 1921, XXIX, p. 656-658.
- PAUCHET (V.). — Traitement chirurgical du cancer de l'estomac. *Journ. de Chir.*, 1920, XVI, p. 129. A propos des Gastrectomies pour cancer. *Paris Chir.*, 1922, XIV.
- PAUCHET (V.) et DELORT (M.). — Cancer de l'estomac (Traitement chirurgical). *Presse Méd.*, 1920, XXVIII, p. 793-796.
- PAUCHET (V.) et HIRCHBERG. — Commun. à l'Acad. de Méd. (29 déc. 1925). In *Bull. de l'Acad. de Méd.*, XCIV, 3^e série, N° 43, p. 1.304-1.308.
- PONCET et DELORE. — Pylorctomie avec Gastrectomie plus ou moins étendue dans le cancer de l'estomac (Note sur une première série de 12 ablations partielles de l'estomac). *Lyon Méd.*, 1905 et *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 3^e série, LIV, p. 129.

- PONCET, DELORE et LERICHE. — Chirurgie de l'estomac : statistique opératoire de 211 interventions pour cancers ou ulcères de l'estomac (156 cancers, 55 ulcères ou sténoses pyloriques inflammatoires). Commun. à l'Acad. de Méd. (23 mars 1909). In *Bull. de l'Acad. de Méd.* 1909, N° 12.
- RIESE. — Zur operation ausgedehnter Magencarcinome. *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1908, N° 14.
- SANEROT (P.). — Le cancer de l'estomac à évolution lente. L'*ulcus rodens* gastrique (étude clinique, sa thérapeutique chirurgicale). *Thèse*, Lyon, 1905-06.
- SCHÖNBAUER et ORATOR. — Spätresultate bei Magenkarzinomen. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1924, XXXVII, N° 4.
- SCHUPPEL. — Zur Kasuistik der Totalexstirpation des Magens wegen hochsitzenden Karzinoms. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1924, CLXXX, p. 268-273.
- SCHWYZER. — Spätresultate in der Magen Chirurgie. *Schweiz. Med. Wochenschr.*, 1921, II, p. 42. *Journal Lancet*, Minneapolis, 1921, XLI, p. 459-464.
- Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, 3 et 17 février 1908. In *Lyon Méd.* 1908, N°s 9 et 10.
- Soc. de Sc. Méd. de Lyon*, 15 janvier 1908. In *Lyon Méd.*, 1908, N°s 10 et 11.
- SPASSOKOUKOTZKY. — La résection de l'estomac comme opération radicale et palliative (en russe). *Chirurgitschesky Archiv*, Velimava, 1912, XXVIII, p. 5.
- STUMPF. — Beitrag zur Magen Chirurgie. *Beitr. f. Klin. Chir.*, 1908, IX, f. 3.
- TÉMOIN. — Résultats immédiats et éloignés de 168 résections partielles ou subtotaux de l'estomac pour cancer de la région pylorique. *Arch. Prov. de Chir.*, 1911, XX, p. 6.
- TIXIER. — Six ans de chirurgie gastrique (étude de 138 cas de sténose pylorique). *Lyon Chir.*, 1909, I, p. 5.
- VINCENEUX (A.). — Des indications et des résultats opératoires dans le cancer de l'estomac. *Thèse*, Paris, 1905-06.
- WALDENSTRÖM. — Om magresektion för kräfta med hänsyn till operationer ; mortalitet och resultatens varaktighet. *Hygiea*, août 1911.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
PREMIÈRE PARTIE. — Documents statistiques	13
<i>Chapitre Premier.</i> — Revue des statistiques publiées.	15
<i>Chapitre II.</i> — Les observations de gastrectomies pour cancer de M. le Docteur Delore	19
A. — Observations ne comportant pas de résultats éloignés	20
a) Malades morts dans les suites immédiates....	20
b) Malades guéris opératoirement et qui n'ont pu être retrouvés	29
B. — Les morts par récidence.....	33
a) Morts au cours de la première année.....	34
b) Morts au cours de la deuxième année.....	44
c) Morts au cours de la troisième année.....	55
d) Morts après 3 ans.....	59
C. — Les Guérisons	60
a) Guérisons définitives	60
b) Guérisons maintenues en mai 1926 mais datant de moins de 3 ans	61
<i>Chapitre III.</i> — Analyse de la statistique de M. le Doc- teur Delore	71
<i>Chapitre IV.</i> — De la survie moyenne après gastrecto- mie pour cancer	75

DEUXIÈME PARTIE. — Etude clinique des suites éloignées de la gastrectomie pour cancer	77
<i>Chapitre Premier.</i> — La période de guérison tempo- raire avant récidence	79
A. — Durée de la période libre.....	80
B. — Qualités de la guérison temporaire.....	85
<i>Chapitre II.</i> — La récidence.....	97
A. — Extension du cancer sans période de rémis- sion	97
B. — Etude clinique de la récidence.....	100
C. — Etude anatomique de la récidence.....	110
<i>Chapitre III.</i> — Guérison définitive.....	117
A. — Critérium de la guérison	117
B. — Etat des malades guéris définitivement.....	126
<i>Chapitre IV.</i> — Eléments de pronostic éloigné dans la résection du cancer gastrique	131
A. — Sténose pylorique	132
B. — Adhérence et adénopathie.....	133
C. — Nature histologique de la tumeur	136
D. — Caractères macroscopiques de la tumeur ; l'ulcéro-cancer	140
CONCLUSIONS	149
BIBLIOGRAPHIE	151

